

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒619- 和東町大字 小字 番地 電話番号 78-								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日				
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
福祉用具が 必要な理由									
<p>和東町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 -</p> <p>氏名 印</p>									

- 注意
- ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
 - ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
 - ・**販売店が「特定福祉用具販売」「特定介護予防福祉用具販売」の指定を受けていることが必要です。**

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			