

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			保険者番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名又は 販売事業者名		購入金額		購入日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由											
伊根町長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 印 電話番号											

注意 1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
2 「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		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											