

課長	主幹	補佐	担当者

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フガナ		保険者番号		2	9	4	4	3	9
被保険者氏名		被保険者番号	4	4	3				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 638－								
	奈良県吉野郡下市町大字 番地 () 電話番号								
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	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
<p>下 市 町 長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申 請 者 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 電話番号 _____</p>									

注意・領収証・福祉用具のパンフレット・サービス計画書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。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 農業協同組合 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						
	フガナ 口座名義人								

処 理	
-----	--