

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

アガナ			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	<u>〒 638-</u> <u>奈良県吉野郡下市町大字</u> 番地 () <u>電話番号</u>										
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											

下市町長様

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。

年 月 日

住 所 _____
 申 請 者 _____ 電 話 番 号 _____
 氏 名 _____ 印 _____

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					
アガナ 口座名義人								

処理