

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	3	9	2	0	8	4
被保険者氏名						被保険者番号						
						個人番号						
生年月日	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>宿毛市長 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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 本人との関係 電話番号 印 ()</p>												

注意・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ください。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（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。

口座振替 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							