

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	年 月 日		性別	男 ・ 女										
住 所	〒													
	電話番号													
福祉用具名 (種目及び商品名)	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														
時津町長 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														
申請者 住所 電話番号 (被保険者) 氏名														

- 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、個々の用具毎に記載してください。なお、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													