

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号					
		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							
三春町長 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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 申請者 住所 <div style="text-align: right;">氏名 電話番号</div>							

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ください。

- ・「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、裏面に記載してください。

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			

※通帳の写し（金融機関・支店・口座番号・名義人がわかるページ）の提出をお願いします。