

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 被保険者氏名	保険者番号					
	被保険者番号					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生					
住所	〒 電話番号 ( )					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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						
久万高原町長 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。  令和 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 ( )						

注意・この申請書の裏面に領収書、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(介護予防)福祉用具購入費を次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 農協	本店 支店 出張所 支所	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				
	ゆうちょ銀行		—				
	フリガナ 口座名義人						