

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		2	4	3	0	3	0
被保険者氏名		被保険者番号	3	0	3	0	0	0	
生年月日	年 月 日	性 別	□男 ・ □女						
住 所	〒498-08 木曾岬町大字 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		令和 年 月 日			
				円		令和 年 月 日			
				円		令和 年 月 日			
				円		令和 年 月 日			
福祉用具が 必要な理由									
木曾岬町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 桑名郡木曾岬町大字 氏名 ⑩ 電話番号 - -									

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（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。

口座振込依頼欄	□銀行 □農協 □信用金庫		支店	種 目	□普通預金 □当座預金 □その他					
	金融機関コード		店舗コード	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義人									