

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		保険者番号		0	9	3	8	4	9
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒329- 塩谷町大字								
	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	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
塩谷町長 様 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。  年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 印 電話番号									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び特定福祉用具のパンフレット等を添付してください。  
 ・「特定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）福祉用具購入費を書きの口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業共同組合	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 貯蓄預金						
	フリガナ								
	口座名義人								

※太線の枠内をご記入してください。  
 ※振込口座は原則として、被保険者本人名義でお願いします。