

## 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 6 4
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明 大 昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住 所	高根沢町 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 平成	年 月 日
		円 平成	年 月 日
		円 平成	年 月 日
福祉用具が 必要な理由			
高根沢町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入の支給を申請します。 平成 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号			

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 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			