

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		1 1 3 6 3 9		
	被保険者番号				
	個人番号				
生年月日	年	月	日	性別	男・女
住所	〒 長瀬町大字				電話番号
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 指定特定福祉用具販売事業者番号及び事業者名		購入金額	購入日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
特定福祉用具が必要な理由					
長瀬町長 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。 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 電話番号 (本人との関係：)					

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ください。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（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
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	種別	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					