

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		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日		個人番号							
		性 別	男					女	
住 所	〒								
	電話番号 ()								
要介護状態区分	経過的要介護 1 2 3 4 5					要支援状態区分	1 2		
福 祉 用 具 名		製造事業者名及び 販売事業者名			購 入 金 額	購 入 日			
種目名					円	平成	年	月	日
商品名									
種目名					円	平成	年	月	日
商品名									
種目名					円	平成	年	月	日
商品名									
福祉用具が 必要な理由									
吉岡町長 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 電話番号 () 氏名 印									

- 注意
- この申請書の提出の際に、領収書、販売事業者から交付された証明書、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（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。

口座振込 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								

- ※郵便局の口座は、取扱いが出来ません。
- ※口座は原則として被保険者本人名義のものをご記入ください。
- 振込先口座が被保険者ご本人の名義と異なる場合は、委任状が必要です。