

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 被保険者氏名			被保険者番号			
			個人番号			
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女		
住 所	〒  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						
高森町長 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  申請者 住 所 電話番号 ( ) 氏 名 ⑩						

- 注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等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（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振込んでください。

口座振替欄	銀行 信用組合 農協	本店 支店 支所	種 目	口 座 番 号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座番号 3 その他			
	ゆうちょ銀行		—			
	フリガナ 口座名義人					

