

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			個人番号										
			保険者番号				3	3	2	1	3	0	
			被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	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													
<p>赤磐市長 殿</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>													

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							
			1 普通預金								
			2 当座預金								
			3 その他								
	金融機関コード	店舗コード									
	フリガナ 口座名義人										