

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	2 9 2 1 0 2		
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0 0 0		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女		
住 所	〒639 - 香芝市 電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)						
製造事業者名						
販売事業者名						
指定事業者番号						
購 入 金 額	円		円		円	
購 入 日	平成	年 月 日	平成	年 月 日	平成	年 月 日
福祉用具が 必要な理由					
香芝市長 様 関係書類を添えて居宅介護・介護予防福祉用具購入申請書の支給を申請します。 平成 年 月 日 申請者(被保険者) 住 所 氏 名 印 電 話						

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、別紙にて記載してください。
 欄の指定事業者番号を確認し記載してください。

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ください。

口座振替 依頼欄	銀 行		本店		種目	口座番号
	信用金庫		支店			
	信用組合		出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()	
	金融機関 コード		支店 コード			
	フリガナ					
	口座名義人					