

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						
			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				
					令和 年 月 日				
					令和 年 月 日				
					令和 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由									
<p>下野市長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>									

- 注意 ・この申請書の裏面に、領収証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、裏面に記載してください。

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

口座振込	銀行	本支	種 目	口 座 番 号					
	信用金庫	出張		1 普通預金					
	信用組合	金融機関コード	2 当座預金						
		店舗コード	3 その他						
依 頼 欄	フリガナ								
	口座名義人								