

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			保 险 者 番 号									
			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 ()											
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 所 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	※別紙参照											
いちき串木野市長 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 () 氏名												

(注)

- 1 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。
- 2 「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り込んでください。

口 座 振 込 依 賴 欄	銀 行 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											