

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 0 5 9 0 6					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	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									
飯 綱 町 長 様									
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。									
年 月 日									
申請者	住所	電話番号							
氏名		印							

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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 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当座預金 3その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

(※受給者と口座名義人が異なる場合のみ記入)
 支給される費用の額の受領は、上記の口座名義人に委任します。

印