介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	0532722
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	
		円	
		円	

福祉用具が 必要な理由	

北秋田郡上小阿仁村長　　様

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　電話番号

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ください。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（予防）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	金融機関名	店舗名	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			