

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									
被保険者氏名			被保険者番号									
生年月日	生		性別									
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												
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												
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下さい。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				種目	口座番号								
	金融機関コード			店舗コード									
	フリガナ 口座名義人												