

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書																					
保険者番号																					
被保険者番号												個人番号									
フリガナ												生年月日									
被保険者氏名												性別		男 ・ 女							
住 所		〒 ー																			
		電話番号																			
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名 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																					
坂 城 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。																					
住所																					
申請者																					
氏名																					
電話番号																					
※注意 ・ この申請書の裏面に、領収書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				本 店				種 目				口 座 番 号							
		信用金庫				支 店				1 普通預金 2 当座預金 3 その他											
		信用組合				出張所															
		農 協				支 所															
		金融機関コード				店舗コード															
		フリガナ																			
		口座名義人																			