

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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 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 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									