

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	1	4	3	8	3	4
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女			
住所	〒 電話番号 ( )								
要介護認定	要介護 1 2 3 4 5				要支援 1 2				
有効期限	年 月 日 ~				年 月 日				
負担割合	割								
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									
<p>真鶴町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ( )</p> <p>氏名 (被保険者との関係： )</p>									

注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパ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（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		種目 1普通 2当座 3その他( )				
	金融機関コード		店舗コード		口座番号				
	フリガナ								
	口座名義人								