

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				3	9	2	0	9	2
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	日生	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		年 月 日							
			円		年 月 日							
			円		年 月 日							
	合 計		円									
福祉用具が 必要な理由												
担当ケア マネジャー												
土佐清水市長 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 電話番号 - -												
氏名												

注意 ・ この申請書に、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（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	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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						
依 頼 欄					2 当座預金						
	フリガナ				3 その他						
口座名義人											