

介護保険福祉用具購入費支給申請書

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	年	月	日	性別	個人番号														
住所	〒													電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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																			
蟹江町長 殿																			
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																			
住所																			
申請者																			
電話番号																			
氏名																			

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			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												