

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	2	1	5	0	5	3
被保険者氏名		被保険者番号	0	5	0	0	0	0
生年月日	明・大・昭 年 月 日	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								
八百津町長 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 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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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							