

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	2	7	2	1	6	1
被保険者氏名		被保険者番号						
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								
河内長野市長 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 印								

注意・ この申請書の裏面に、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 依頼欄	銀行 農協 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			