

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

カガナ		保険者番号		1	7	4	6	1	5
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	令和	年	月	日			
		円	令和	年	月	日			
		円	令和	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由	介護支援専門員							印	
<p>穴水町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(本人との関係:)</p>									

注意・この申請書に、領収証及び購入した用具の写真を添付して下さい。
 ・「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（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 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						
	カガナ 口座名 義人								