

## 介護保険居宅介護(支援)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	日生	性別	男・女				
住所	〒329-43 栃木県下都賀郡岩舟町大字								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					
福祉用具が 必要な理由									
<p><b>岩舟町長 様</b></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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">印</p>									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパ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(支援)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 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			