

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

パソコン記入不可

フリガナ		保険者番号		2	5	2	0	6	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒								
		電話番号							
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名および 販売事業者名	購入金額	購入日						
		(円 円)	年 月 日						
		(円 円)	年 月 日						
	購入金額の合計 支給申請額の合計	(円 円)							
福祉用具が 必要な理由									
	居宅介護支援事業所名等		記載 担当者						
草津市長 宛 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。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号 (事業所名) 被保険者との続柄									

- 注意・この申請書の裏面に、領収証およ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。
 - ・振込口座の通帳の写しを添付してください。

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									