

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

年 月

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	明・大・昭 年 月 日生								
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			年 月 日				
		円			年 月 日				
		円			年 月 日				
福祉用具が 必要な理由									
(あて先)市原市長 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 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所 支所	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								