

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号									
フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号				213629						
	被保険者番号		620000								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生				要介護度	要支援 ____ ・ 要介護 ____					
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											
関ヶ原町長 殿 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  申請者 住 所 氏 名											
電話番号 -											

- (注) 1 この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  
 2 「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（介護予防）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 農 協			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												

町 記 入 欄	支給額	¥	備 考				受 付	
	支給額	¥	介・支					
	支給額	¥	決 定 年 月 日				入 力	
	支給額	¥	年 月 日				照 合	