

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	大紀町	2	4	4	7	1	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日	性別							
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									㊟
大紀町長 様 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 (被保険者) 氏名 ㊟ 電話番号									

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード(店名)	店舗コード(店番)	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								