

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 被保険者氏名		保険者番号		1	1	3	4	7	2
		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒								
	電話番号								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名及び事業者番号	購入金額	購入日						
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
吉見町長 様 下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。 平成 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、領収書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下さい。枠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。

口座振込 依頼書	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 普通貯金						
			2 当座貯金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人								