

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							4	3	5	1	2	3
生年月日	明・大・昭 年 月 日										被保険者番号												
個人番号											性別	男 ・ 女											
住所	〒 球磨郡山江村大字 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				令和	年	月	日										
						円				令和	年	月	日										
						円				令和	年	月	日										
福祉用具が 必要な理由																							
山江村長 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。 令和 年 月 日 申請者 住 所 球磨郡山江村大字 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。

口座振込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		項目	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									