

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	0 1 2 2 6 0					
被保険者氏名			被保険者番号						
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		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									
砂川市長 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。 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。

□座振替依頼欄	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 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ □座名義人								