

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						
			被保険者番号						
生年月日	年	月	日生	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		年 月 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
福祉用具 が必要な 理由									
<p>三川町長 殿</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>									

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貼付して下さい。
 ・「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。

口座番号 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 口座名義人			