

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		3	0	3	6	6	9
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒643- 和歌山県有田郡有田川町大字 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	年	月	日				
		円	年	月	日				
		円	年	月	日				
福祉用具が 必要な理由									
<p style="text-align: center;">有田川町長 中山 正隆 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 電話番号</p>									

注意・この申請書の裏面に、領収書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(支援)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			