

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	8	4	4	2	0
被保険者氏名		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	別紙のとおり							
<p>伊方町長 様</p> <p>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>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 (印)</p>								

※ 次の書類を添付してください。

1 領収書及び福祉用具のパフレット

2 福祉用具が必要な理由書(個々の用具ごとに記載してください)

※ 注意事項 特定福祉用具販売事業者(指定を受けた事業者)の確認

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用組合 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								