

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	2	9	3	4	4	9
被保険者氏名							被保険者番号						
生年月日	明・大・昭						年		月		日	生	
住所	〒636- 奈良県 生駒郡 斑鳩町						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													
斑鳩町長 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 住所 奈良県 生駒郡 斑鳩町 申請者 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ください。
 ・ 「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 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													