

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号												
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	大・昭 年 月 日生		性 別		男 ・ 女									
住 所	〒 小豆島町												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														
		介護支援専門員名等												
小豆島町長 様 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 〒 小豆島町 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、裏面に記載してください。
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 口座名義人											

・被保険者（申請権者）氏名と口座名義人が異なる場合は、口座振込委任欄に記入して下さい。
口座振込委任欄
上記の支給の受領方を口座名義人_____に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。
令和 年 月 日
被保険者（申請権者）_____