

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					1	4	4	0	1	4
被保険者氏名			被保険者番号										
生 年 月 日	明・大・昭 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								
販売事業者 県指定年月日		平成 年 月 日		※県指定を受けてない販売事業者は支給対象外									
愛 川 町 長 殿 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。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 () 氏 名													

注意・この申請書に、領収書及び介護支援専門員等が作成した福祉用具購入が必要と認められる理由を記載した書類、福祉用具のパンフレット等を添付してください。

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(所) 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												