

介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請書

フリガナ			保険者番号	加東市	2	8	2	2	8	5
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
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)	製造事業者名	販売事業者名 事業所番号		購入金額	購入日					
①				円	年月日					
②				円	年月日					
③				円	年月日					
④				円	年月日					
福祉用具が必要な理由 (それぞれに記入のこと)	①									
	②									
	③									
	④									
加東市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護（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 氏 名 (印) 電話番号 () ※申請者が被保険者本人と異なる場合 被保険者との関係 ()										

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・購入日（納品日）と領収日が異なる場合は、購入日（納品日）確認出来る書類を添付して下さい。
 ・「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 農業協同組合	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									

※口座名義人が被保険者本人でない場合は、別途口座振依頼書の提出をお願いします。