

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

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	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		
※購入金額合計		円	自己負担額		円	支給決定額		円	
福祉用具が必要な理由									
精華町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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 申請者 電話番号 氏名 印									

- 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、裏面に記載して下さい。
 - ・※の欄は町で記載しますので記入しないでください。

居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 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			