

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 被保険者氏名			保険者番号					0	6	4	0	1	4
			被保険者番号										
生 年 月 日	明・大・昭		年	月	日生	性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 9 9 9 - 小国町大字 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		年 月 日							
				円		年 月 日							
				円		年 月 日							
福祉用具が 必要な理由													
小 国 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)住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 (※)氏名を自署してください。 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。													

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													
備考（小国町記入欄）													

福祉用具が必要な理由