

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	〒999- 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）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									
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