

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号			
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	性別
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	年	月 日
			円	年	月 日
			円	年	月 日
福祉用具が 必要な理由					
浜田地区広域行政組合管理者 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）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 署名以外は押印してください。					

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。

居宅介護（支援）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	銀行協 農庫合 金組	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								

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号			
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	性別
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	年	月 日
			円	年	月 日
			円	年	月 日
福祉用具が 必要な理由					
浜田地区広域行政組合管理者 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）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。

居宅介護（支援）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	銀行協庫合	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								