

介護保険福祉用具購入費支給申請書

フリガナ				保険者番号	013342		
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒049-			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							
<p>木古内町長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 木古内町字 電話番号</p> <p>氏名 印</p>							
<p>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。</p> <p>・「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。</p> <p>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。</p>							
口座振替 依頼欄	銀行		本店		種目	口座番号	
	信用金庫		支店				
	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							