

**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			保険者番号		1	9	2	0	7	0
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒									
	電話番号									
福祉用具名 (種目・商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額(税込)	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										
(あて先) 荏 崎 市 長  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 電話番号 申請者 氏名 ㊞ 被保険者との続柄( )										

必要添付書類	①領収書 ②購入品のカタログの写し ③居宅サービス計画書の写し ④委任状(被保険者と申請者、口座名義人が異なる場合)
--------	---

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ください。

口座 振込 依頼 欄		銀行・農協	本店	種別	口座番号					
		信用金庫	支店・支所	1 普通預金						
		信用組合	出張所		2 当座預金					
		金融機関コード	店舗コード	3 その他						
		フリガナ								
	口座名義人									