

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号					4	3	4	8	2	9
被保険者氏名			個人番号										
			被保険者番号	0	0	0							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日						性別		男・女				
住 所	〒 ー 芦北町大字 電話番号(ー ー)												
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(税込)				購 入 日					
種目名		製造		円				令和 年 月 日					
商品名		販売											
種目名		製造		円				令和 年 月 日					
商品名		販売											
種目名		製造		円				令和 年 月 日					
商品名		販売											
合 計				円									
福祉用具が 必要な理由 (用具ごとに記載)													
芦北町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号(ー ー)													

※領収書及び福祉用具のパンフレット、福祉用具サービス計画書等を添付して下さい。

居宅介護(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 信用金庫 労働金庫 農 協	本 店 支 店 出 張 所 本所・支所	種 目	口座番号									
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他										
	※ ゆうちょ	記 号		番 号									
				ー									
	フリガナ												
口座名義人													