

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						0	4	6	0	6	0
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	性別	男	・	女						
住所	〒										—											
											(電話番号 — —)											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定販売事業者名 及び指定事業者番号										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																						
南三陸町長 様 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 申請者 住所 電話番号 氏名 ⑩																						

注意 ・この申請書裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「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ください。

口座振替 依頼書	銀行	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	支店		1 普通預金						
	信用組合	出張所	2 当座預金							
	農協			3 その他						
	金融機関コード		店舗コード							
	フリガナ									
	口座名義人									