

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	年 月 日生		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													
熊本県阿蘇郡南小国町長 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 印													

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		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						
	ゆうちょ銀行										
フリガナ											
口座名義人											