

# 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	2	3	4	9	7		
被保険者氏名			被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男	・	女				
住所	〒											
	電話番号 ( )											
要介護状態区分	要支援1・2	介護1・2・3・4・5	認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
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												
東庄町長 様  上記のとおり関係書類を添えて特定（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 申請者 氏名 (印) 電話番号 ( )												

添付書類 領収書及び福祉用具のパフレット等

- 注意 ・「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。  
 ・**特定（介護予防）福祉用具販売の指定業者**から購入したものののみ該当になります。

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。（申請者の口座）

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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						
	(フリガナ)									
	口座名義人									