

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号																		
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																	
			被保険者番号																	
生年月日	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														
						円														
						円														
福祉用具が 必要な理由																				
<p>会津美里町長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>																				

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（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄					種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード							
	フリガナ									
口座名義人										