

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 被保険者氏名	保険者番号		0 9 2 1 0 6			
	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	()
	大田原市					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額		購入日		
		円		平成	年	月 日
		円		平成	年	月 日
		円		平成	年	月 日
福祉用具が 必要な理由						
大田原市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険(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 〒 — 住 所 大田原市 申請者 氏名 電話番号 ()						

注意・この申請書に、領収証及び福祉用具のパ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。

介護保険(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下さい。

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 2 当座 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

決裁	課長	係長	係	入力