

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

		保険者番号							
フリガナ		個人番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		性別	男・女						
住所	〒								
		電話番号							
福祉用具 (種目及び商品名)	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									
<p>様似町長様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

注意・この申請書の裏面に、領収書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(支援)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 依頼欄	銀行 信用金庫	本店 支店	種目	口座番号					
	北海道信漁連 北海道信連		1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人								

公金受取口座を利用する

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します」に(✓)してください。

※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。