

福祉用具

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		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒619-14								
	南山城村大字 小字 番地	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	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									
<p>南山城村長 様</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 南山城村大字 小字 番地</p> <p>申請者 氏名 電話番号 ⑩</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。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 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							
	フリガナ									
	口座名義人									