

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	07209
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
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	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由			
相馬市長 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。 年 月 日 申請者 住所 <div style="text-align: right;">電話番号</div> 氏名 ㊟			

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(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	銀行 信用金庫 組合	本店 支店	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			