

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		1	2	2	0	6	9	
	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	明治・大正・昭和 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				
	事業者番号()		円		令和 年 月 日				
	事業者番号()		円		令和 年 月 日				
	事業者番号()		円		令和 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由									
<p>木更津市長 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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</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込んでください。

口座 振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号				
	信用金庫	支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	信用組合	出張所						
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ							
	口座名義人							