

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	キサラツ ハナコ	保険者番号								1	2	2	0	6	9				
被保険者氏名	木更津 花子	被保険者番号								0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
		個人番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7					
生年月日	○年 ○月 ○日生			性別		男 ・ (女)													
住所	〒 292-8501 木更津市 朝日〇〇〇 電話番号 23-7162																		
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												
腰掛け便座	△△商事		5,000円				令和												
	事業者番号()						○年○月○日												
	事業者番号()						令和												
	事業者番号()		円				年 月 日												
	事業者番号()		円				令和												
	事業者番号()						年 月 日												
福祉用具が 必要な理由	〇〇××のため																		
<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 木更津市朝日〇〇〇</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: right;">電話番号 23-7162</p> <p>氏名 木更津 花子</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									
	農協	店舗コード									
	金融機関コード										
	フリガナ										
	口座名義人										