

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			保険者番号			1	6	2	0	6	5
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生 年 月 日	年 月 日		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											
滑 川 市 長 あて											
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。											
年 月 日											
住所											
申請者											
氏名											
電話番号											

注意・この申請書には、特定福祉用具購入に係る領収書、当該特定福祉用具が必要な理由を記載したケアプラン及び製造事業者が記載してあるパンフレット（コピー可）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、裏面に記載して下さい。

居宅介護（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 込 依 頼 欄	金融機関名		店舗名		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											