

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		0	9	3	6	1	7
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号								
購入種目	<input type="checkbox"/> 腰掛け便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分								
販売事業者指定番号			販売事業者名						
福祉用具名	製造事業者名	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	居宅介護支援専門員氏名								
壬生町長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印									

注意・この申請書の裏面に、領収書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り込んで下さい。

◎「ゆうちょ銀行以外の金融機関」または、「ゆうちょ銀行」のどちらか一方に記入してください。

○ゆうちょ銀行以外の金融機関

銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	金融機関コード	普通預金 当座預金 その他	口座番号			
		店舗コード					
フリガナ							
口座名義人							

○ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号
	の	
フリガナ		
口座名義人		

ゆうちょ銀行の口座を希望の場合は通帳の表紙をめくった見開きページのコピーを添付してください。