

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	7	4	0	7	8
被保険者氏名			被保険者番号	0	0						
生年月日	明・大・昭	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				
購入費合計			円								
福祉用具が 必要な理由											
<p>中能登町長</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>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p>											

注意

- この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
- 「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 振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	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										