

紫波町介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		0	3	3	2	1	7
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 ー								
	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	購入年月日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
紫波町長 鎌田 千市 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									
申請者 住所									
氏 名 電話番号 ()									

備考1 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。

- 2 「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り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店(所) 支店(所) 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								