

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						
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				
福祉用具が 必要な理由									
(あて先) 大月市長 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 申請者 住所 氏名 電話番号									

- 注意 ○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。
 ○委任状（被保険者本人と振込口座の名義人が異なる場合）

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ください。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 別	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			