

## 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	372037
被保険者氏名				被保険者番号	
	生年月日		性別	個人番号	
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					
<p style="text-align: center;">坂出市長 様</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>					

注意・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。  
 ・「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（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。

口座振替 依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合	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				

口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人

に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

年 月 日

被保険者（申請権者）

※署名（氏名を自署）できない場合は、記名押印が必要です。