

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		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									
玉村町長 様 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 住所 申請者 電話番号 ( ) 氏名									

※領収証・パンフレットの写し・販売証明証を添付してください。

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下さい。

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									