

**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		2	5	2	0	3	1
被保険者氏名		被保険者番号							
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	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
		円	平成	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
<p align="center">長浜市長 あて</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>									

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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(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 協同組合	本店 支店 支所	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	
	フリガナ			
口座名義人				