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 0 4 0 3 2
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女
住所	高森町 （電話番号　　－　　）		

福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入年月日
			円	令和　年　月　日
			円	令和　年　月　日
			円	令和　年　月　日

福祉用具が必要な理由	

高森町長　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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞　　電話番号　　－

注意）・この申請書に、領収書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。
欄内に記載しきれない場合は、裏面等に記載してください。

※居宅介護（支援）福祉用具購入費振込先口座報告欄

振込先口座	□みなみ信州農協 □八十二銀行 □飯田信用金庫 □	本店　　支所 支店 支店 支店	預金種別	1 普通　2 当座　3 その他
			口座番号	
	金融機関コード	本支店コード		
	※	※		
	フリガナ			
	口座名義人			