

介護保険福祉用具購入費支給申請書

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	2 0 4 1 3 1							
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0			
生年月日	大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女					
住 所	〒399-12 長野県下伊那郡天龍村 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		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											
天龍村長 様 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。 令和 年 月 日 住 所 長野県下伊那郡天龍村 申請者 氏 名 印 電話番号											

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、裏面に記入してください。

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。

口座振込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	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										