

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ 氏 名		保険者番号	2	9	4	2	5	6	
			被保険者番号	0	0	0	0			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女					
	住 所	〒 636 - 奈良県北葛城郡王寺町 連絡先電話(自宅・携帯・呼出) ()								

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者	販売事業者 事業者番号	購入金額	購入日
		番号	円	令和 年 月 日
		番号	円	令和 年 月 日
		番号	円	令和 年 月 日

	合計金額	円
--	------	---

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

王寺町長
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

申請者名 住所 _____ 電話番号 _____

氏名 _____

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。欄内に記載が困難な場合、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 信用組合 農協	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					
	ふりがな								
	口座名義人								