介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　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）	製造事業者名及び 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	

（あて先）松江市長

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　氏名　　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下さい。
・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 金庫・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			

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります