

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			
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	〒			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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印							

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