

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		0	9	3	6	1	7
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女				
住所	〒									
	電話番号									
購入種目	☐ 腰掛け便座 ☐ 特殊尿器 ☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ 移動用リフトのつり具の部分									
販売事業者指定番号			販売事業者名							
福祉用具名		製造事業者名		購入金額		購入日				
				円		平成	年	月	日	
				円		平成	年	月	日	
				円		平成	年	月	日	
福祉用具が必要な理由	居宅介護支援専門員氏名									
壬生町長 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印										

注意・この申請書の裏面に、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下さい。
 欄内に記載が困難な場合は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下さい。

◎「ゆうちょ銀行以外の金融機関」または、「ゆうちょ銀行」のどちらか一方に記入してください。

○ゆうちょ銀行以外の金融機関

銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	金融機関コード	普通預金 当座預金 その他	口座番号			
		店舗コード					
フリガナ							
口座名義人							

○ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号			
		の				
フリガナ						
口座名義人						