

介護保険居宅介護（予防）特定福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	1 1 2 3 8 3		
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	— —		
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名 事業者番号	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						
蓮田市長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 申請者 住所 氏名 印 電話番号 — —						

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパ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ください。欄内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。
- ・特定福祉用具販売に係る指定居宅サービス事業者において、特定福祉用具を購入した場合に限り、支給されます。

居宅介護（予防）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 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			
	フリガナ				被保険者との続柄	
	口座名義人					