

## 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		2	4	0	5	9
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					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
六戸町長 様  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									

注意・領収証の写し、購入した用具が分かる写真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は、別紙に記載してください。

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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合	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								