

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フカナ			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				
			円			令和	年	月	日	
			円			令和	年	月	日	
			円			令和	年	月	日	
福祉用具が 必要な理由										
木城町長 殿 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名										

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（支援）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 信用金庫 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							
	フカナ 口座名義人									