

居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ														
被保険者氏名	保険者番号		0		1		4		2		8		2	
	被保険者番号													
生年月日	年		月		日生									
性別	男		・		女		個人番号							
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														
提出書類	<input type="checkbox"/> 購入したものが分かるパンフレットのコピー等 <input type="checkbox"/> 領収書													
<p>長沼町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>														

注意・「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。

福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。(受領委任払の場合は記載しなくて可)

口座振替 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										
	口座名義人										