

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

要支援・要介護（ ）

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号	232199						
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒								
	電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造業者名及び 販売事業者名			購入金額		購入日		
					円				
					円				
					円				
					円				
					円				
福祉用具が 必要な理由									
<p>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。 なお、支給額については、下記の口座に振り込んでください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 小牧市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									
<p>支給額については、下記口座名義人に受領委任します。</p> <p style="text-align: center;">委任者署名 (被保険者)</p>									
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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			普通 ・ 当座		
	フリガナ								
	口座名義人								

※ 添付書類 領収証、福祉用具のパフレット等概要書（排泄予測支援機器の購入者は、医学的な所見が確認できる書類も併せて添付してください。）