介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
（償還払い用）

フリガナ		保険者番号	263038
被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	大・昭　　年　　月　　日生
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			

大山崎町長　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。
併せて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は下記の口座に振込を依頼します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　電話番号

金融機関コード		預金種別	総合（普通）　・　当　座
銀行・農協 信用金庫		口座番号	
店舗コード		フリガナ	
支　　店 出張所		口座名義人	

＊この申請書の裏面に、領収書(原本)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、別紙に記載し添付して下さい。