

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	年 月 日										
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						
領収日 年 月 日											
福祉用具が 必要な理由											
諏訪広域連合 広域連合長 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・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパ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、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（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所 支所			種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口 座 番 号					
	金融機関コード			店舗コード									
	フリガナ												
	口座名義人												

※ゆうちょ銀行は通帳に記載されている記号・番号を記入してください。

記号 _____ 番号 _____

（※受給者と口座名義人が異なる場合のみ記入）

支給される費用の額の受領は、上記の口座名義人に委任します。

署名または記名押印