

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払用）

被 保 険 者	フリガナ			保険者番号																													
	氏名			被保険者証の 番 号																													
	生年月日	年	月	日生	個人番号																												
	住 所	〒																															
																	電話番号																
福祉用具名 (種目及び商品名)				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																																	
<p>文京区長 殿</p> <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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																																	
振 込 先 金 融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合				本 店 支 店 出 張 所				預金種目（○をつけてください）																								
	金融機関コード				支店コード				普通 ・ 当座 ・ 貯蓄																								
									口座番号（右づめ）																								
口座名義人（カタカナ）																																	

- ※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ください。
- ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。
  - ・販売業者は都道府県指定の事業者に限られます。