

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

ふりがな		保険者番号	113464							
被保険者名 氏名		被保険者番号	0	0						
		個人番号								
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										
川島町長 様										
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。										
年 月 日										
申請者	住所									
	氏名									
電話番号										

- 注意
- ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパン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、裏面に記載してください。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 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							
			2 当座							
			3 その他							
	ふりがな									
	口座名義人									