

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

㊦㊦㊦ 被保険者氏名		保険者番号		4	0	2	1	9	8
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒								
	電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	平成 年 月 日						
		円	平成 年 月 日						
		円	平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
大野城市長 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。  平成 年 月 日  住所 申請者 氏名									
電話番号 印									

注意・この申請書の裏面に、領収証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、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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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	1 普通預金						
				2 当座預金					
				3 その他					
	㊦㊦㊦ 口座名義人								

