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	1 3 2 1 9 1
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日	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
販売事業者指定番号		指定年月日	平成　年　月　日
福祉用具が必要な理由			

狛江市長　あて

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

申請者	住所		
	氏名		電話番号　（　　）

注意

＊「販売事業者指定番号」、「指定年月日」をご記入ください。

＊この申請書に、領収書(写しも可)及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

（なお、領収書の写しを添付する際は、領収書原本との確認を行いますので、領収書原本もご持参ください。）

＊『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。
枠内に書ききれない場合は、裏面に記載してください。

＊別紙の請求書に、振込口座をご記入の上、添付してください。