

様式第15

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号				2	3	3	6	1	9
	個人番号									
	被保険者番号									
生年月日	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	年 月 日					
				円	年 月 日					
				円	年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
大口町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(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(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 信金・信組 農協		本店 支店 出張所		種目	口座番号				
	金融機関コード		支店コード		1普通預金					
					2当座預金					
					3その他					
フリガナ 口座名義人										