

様式第26号(第20条関係)

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 被保険者氏名	-----		保険者番号										
	-----		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													
<p>かつらぎ町長 様</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>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 (印)</p>													

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 協同組合 信用組合	本・支店	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										
	フリガナ 口座名義人	-----											