

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			被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名			個人番号										
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													
(宛先) 佐倉市長													
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。													
年 月 日													
住所													
申請者													
氏名													
電話番号 ( )													

注意・領収証及び福祉用具のパ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。

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ください。

口座振込 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									
	フリガナ											
	口座名義人											

福祉用具販売事業所番号

佐倉市記入欄

確認者	番号確認	番号	通知	住民票	住・P・A	領収証返却	済 ・ 未
	身元確認	運免・障手	介保・健保・負割・後保	他( )		支給額	
	代理権	戸籍・証明	委任・介保	他( )		備考	
	代理身元	番号	運免	居専	他( )		