

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	〒 285-														
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									
アイテムを選択してください。				円		年 月 日									
				円		年 月 日									
				円		年 月 日									
福祉用具が 必要な理由															
(宛先) 千葉県佐倉市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名															

注意・領収証及び福祉用具のパン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()			
	代理身元	番号	運免	居専	他()		