

介護保險居家介護（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		被保険者番号	0	0	0	0				
		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 氏名	電話番号 ()									

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 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号				
	信用金庫	支店	出張所	1 普通預金	.....	.....	.....	.....
	信用組合	2 当座預金		.....	.....	.....	.....
	金融機関コード	店舗コード		3 その他	.....	.....	.....	.....
	フリガナ							
	口座名義人							

佐倉市記入欄

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	備考		
	代理権	戸籍・証明	委任・介保	他()				
	代理身元	番号	運免	居専	他()			