

別記様式第15号(第12条関係)

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	3 9 4 0 3 1	
被保険者氏名			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					
越知町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)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 印					

(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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護(支援)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 組合	本店(所) 支店(所) 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			