

別記様式第20号(第17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		性別	男・女	要介護度				
住 所	〒		電話番号						
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名 販売事業所番号()		購入金額 上段: 給付額(割) 下段: 購入額		購入日 (領収書の日)				
	()		()円 円		年 月 日				
	()		()円 円		年 月 日				
	()		()円 円		年 月 日				
福祉用具が 必要な理由									
<p>様 東 村 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>申請者 住 所</p> <p>氏 名 電話番号</p>									

- 注意
- ・この申請書に、領収証、福祉用具を販売したことがわかる書類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。枠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(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 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ									
	口座名義人									