

様式第5号（第6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

被保険者氏名		保険者番号		立科町	2	0	3	2	4	0
被保険者個人番号		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生		性別	男 ・ 女						
住所	〒 立科町大字		電話（ ）							
福祉用具名 (種目名・商品名)		製造事業者名及び販売 事業者名 (事業者番号)		購入金額		購 入 日				
						年 月 日				
						年 月 日				
						年 月 日				
福祉用具が 必要な理由										
要介護度		要支援1・2 経過的要介護 要介護1・2・3・4・5								
立 科 町 長 様										
上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。										
年 月 日										
申請者 住所 立科町大字										
氏名 電話（ ）										
注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び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、裏面又は別紙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。

口座振替	銀 行 農 協 信用組合		本 店 支 店 支 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 2 当 座 3 その他					
依 頼 先	フリガナ									
	口座名義人									