

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

㊦がナ 被保険者氏名	-----		保険者番号 3 7 3 4 1 5
			被保険者番号
生年月日	明・大・昭 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)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
福祉用具が 必要な理由			
三木町長 殿 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。  平成 年 月 日 住所 申請者 氏名			
電話番号 印			

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。  
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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						
	㊦がナ 口座名義人	-----							

口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人

に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

平成 年 月 日

被保険者

㊦