

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	1 9 2 1 2
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	郵便番号 上野原市 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	年 月 日
	-----	円	年 月 日
	-----	円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由			
上野原市長 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 上野原市 申請者 氏 名 電話番号			

注意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具のパ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。(口座名義人が被保険者と異なる場合、委任状が必要となります。)

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			