

様式第 19 号(第 16 条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

		個人番号		
フリガナ		保険者番号		
被保険者氏名		被保険者番号		
生 年 月 日		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	年 月 日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
福祉用具が 必要な理由				
島本町長 様				
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。				
年 月 日				
住所				
申請者		電話番号		
氏名				

注意

- ・この申請書の裏面に、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(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 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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						
	フリガナ										
口座名義人											