様式第19号(第16条関係)

介護保険居宅介護(支援)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	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	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(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。

年　月　日

申請者　住所

氏名　　印　　電話番号

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(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				