

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書													
フリガナ				保険者番号				2	0	2	1	7	6
被保険者氏名				被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号								
住所	〒												
電話番号（ ）													
福祉用具名 （種目及び商品名）	製造事業者及び 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													
<p>（申請先）佐久市長 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 (印) 電話番号 ()</p>													
<p>注意・この申請書に、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。</p> <p>・「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。</p> <p>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。</p>													
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 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												
					課長等	係長	係			受理処理欄			