

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フガナ 被保険者氏名	保険者番号		2		7		2		1		3		8	
	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	販売事業者名	購入金額 購入日
			円 令和 年 月 日
			円 令和 年 月 日
			円 令和 年 月 日

泉佐野市長 様

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。
令和 年 月 日

住所
申請者
(被保険者) 氏名 電話番号
印

注意・この申請書の裏面に、領収証・福祉用具のパフレット等・福祉用具が必要な理由がわかる「福祉用具サービス計画書」の写しを添付して下さい。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 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							
	フガナ 口座名義人									