

様式第29号(第24条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ											保険者番号										
被保険者氏名											被保険者番号										
											個人番号										
生年月日	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																					
<p>愛南町長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																					

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(介護予防)福祉用具購入費を次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										