介護保険　居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	3 7 4 0 3 3
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
住所	〒766－ 仲多度郡琴平町　　番地 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	

琴平町長　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（被保険者）

住所　仲多度郡琴平町　　番地

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には、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下さい。

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			

【口座振替委任欄】

上記の支給の受領方を口座名義人　　に委任し、上記口座に振り込まれますようお願いします。

年　　月　　日

申請者（被保険者）　　印