

**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	1	2	2	2	7	5
被保険者 氏名	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	明 大 昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女					
住所	電話番号							
特定福祉 用具販売 の提供が 必要な理 由等	福祉用具種目		福祉用具専門相談員理由等記載欄  (記載者氏名 )					
	商品名							
	製造事業者名							
	販売事業所名							
	販売事業所番号							
	購入金額	円						
	購入年月日	年 月 日						
特定福祉 用具販売 の提供が 必要な理 由等	福祉用具種目		福祉用具専門相談員理由等記載欄  (記載者氏名 )					
	商品名							
	製造事業者名							
	販売事業所名							
	販売事業所番号							
	購入金額	円						
	購入年月日	年 月 日						
特定福祉 用具販売 の提供が 必要な理 由等	福祉用具種目		福祉用具専門相談員理由等記載欄  (記載者氏名 )					
	商品名							
	製造事業者名							
	販売事業所名							
	販売事業所番号							
	購入金額	円						
	購入年月日	年 月 日						
浦安市長 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。 年 月 日  住所 申請書 (被保険者) 氏名 電話番号								

注 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。

※ 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振込んでください。

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							