

【償還払用】

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリカ`ナ			保 険 者 番 号			0	4	4	0	1	6
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 ()										
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											
松島町長 殿 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 申請者 電話番号 () 氏名 印											

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								
	フリカ`ナ	-----									
	口座名義人										

