

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	
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	介護支援専門 員又は福祉用 具専門相談員 の職氏名		
岩倉市長 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 氏名 電話番号（ ） -			

(注意) ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する場合は、口座情報の記入は不要です。) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(口座振込依頼欄に、口座情報を記入してください。)			
口座振込 依頼欄	金融機関名	支店名	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			