

居宅介護福祉用具購入費
介護予防福祉用具購入費

支給申請書

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号												
	被保険者名		被保険者番号												
			個人番号												
	生年月日	年	月	日	性別										
	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															
宇多津町長 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 氏 名 電話番号 印															

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫		本店 支店		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												

備考 1 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。

2 福祉用具が必要な理由の欄については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙理由書を添付してください。