

様式第32号(第23条関係)

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					
被保険者氏名				被保険者番号					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	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									
大空町長 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 住所 申請者 氏名 電話番号 ⑨									

注意・ この申請書の裏面に、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(支援)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 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								