

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号							
				被保険者番号							
個人番号											
生年月日	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											
木津川市長 宛て 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号											

注意 ① この申請書の裏面に、領収証（被保険者氏名が記入されたもの）を添付してください。

② 「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。

口座振込 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											