

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 ・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。

・「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	-----								