

保険者名	石 巻 市
保険者番号	0 4 2 0 2 8

介護保険 居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号						
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名					性 別	男 ・ 女
						電 話 番 号	
住 所	〒						
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							
<p>石巻市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 <span style="float:right">Ⓜ</span></p> <p>電話番号</p>							

- 注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパン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。
  - ・振込先には、被保険者本人名義の口座を記入してください。やむをえず本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、委任状が必要になります。

居宅介護福祉用具購入費等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 農 協					本 店 支 店 出張所
	種 目	1 普通預金		2 当座預金				
	口 座 番 号							
	フリガナ 口座名義人							