様式第３２号

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	０７３４２９
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男　・　女
住所	〒 電話番号		
要介護状態区分等	要支援１　・　２　　要介護１　・　２　・　３　・　４　・　５		
有効期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日		

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
合計	円		

福祉用具が必要な理由	

鏡石町長様

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　　印　　電話番号

注意・この申請書の裏面に、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。

・「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（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 信用組合 農協	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	
	フリガナ 口座名義人			