

様式第20号(第14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

個人番号				保険者番号					
フリガナ 被保険者氏名				被保険者番号					
生年月日	年	月	日生	性別	男・女	要介護度			
住所	〒			電話番号					
福祉用具名 (種目及び商品名)	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>南越前町長様 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号</p>									

注 ・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。記載がある場合の領収証等の貼付は、全面のり付けせずに記載が見えるようにしてください。

口座振替 依頼欄	銀行 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								