

様式第 20 号(第 24 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

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																			
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																				
杉戸町長 あて 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名																				

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。

枠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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																			
口座振替 依頼欄	銀行 金庫 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																			