

様式第5号（第6条関係）

介護保険 在宅介護支援福祉用具購入費 支給申請書

フリガナ		保険者番号		0	8	2	3	2	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日		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 (指定番号)	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									
神栖市長 様 上記のとおり関係書類を添えて在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 氏名 印 電話番号 ( )									

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。

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 農業協同組合	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								