

様式第17号(第17条関係)

(表面)

介護保険居宅介護(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					1	9	2	0	2	1
									被保険者 番 号										
個人番号																			
生年月日	年 月 日生								性 別	男 ・ 女									
住 所	〒 富士吉田市												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																			
富士吉田市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)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 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(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		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																	

(裏面)

※福祉用具が必要な理由(表面に記載が困難な場合は、この欄に記載してください。)

領収書及び福祉用具のパンフレット等の添付欄

(添 付 欄)