

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)							保険者番号	2	3	2	1	7	3
被保険者氏名							被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	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			購入金額			購入日						
				円			年 月 日						
							年 月 日						
							年 月 日						
							年 月 日						
福祉用具が 必要な理由													
江南市長 上記のとおり、関係書類を添えて 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 ⑥													

- 【注意】
- この申請書には、領収証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」は、個々の用具ごとに記載してください。枠内に記載ができない場合は、裏面に記載してください。
 - 申請には、申請者(被保険者)の印鑑、介護保険被保険者証、申請者本人名義の預金通帳をお持ちください。

口座振替支払申請書													
江南市会計管理者													
上記の申請に係る支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。													
振 込 先	銀行 信用金庫 JA(農協)			本店 支店 出張所			種目	口座番号					
	1 普通預金			2 当座預金									
金融機関コード			店舗コード			(フリガナ)							
						口座 名義人							