

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
(年 月分)

フリガナ		性別	保険者番号																	
被保険者氏名		男・女																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日																
被保険者住所	〒 ー																			
購入年月日		年	月	日																
支払金額合計	円																			
種類・内容																				
申請理由																				

後志広域連合長 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

〒 ー

住 所

申請者

氏 名

電話番号 ー ー

注意 ・被保険者が給付制限を受けているときは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給ができない場合があります。
・この申請書の裏側に領収証、関係書類を添付してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記口座に振り込み願います。

口座振替依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫		本店・支店 本所・支所 出張所		種別	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通 2. 当座						
	フリガナ										
	口座名義人										

後志広域連合記入欄

保険料納付状況	領収書確認欄	関係書類確認欄	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			