

様式第19号（第22条関係）

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		1	6	2	0	4	0
被保険者氏名				被保険者番号							
				個人番号							
生年月日	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			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											
魚津市長 あて 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 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 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										