

様式第9号(第8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 被保険者氏名		保 険 者 番 号							
個 人 番 号		被 保 険 者 番 号							
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 ー								
	電話番号								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
福祉用具が 必要な理由	山都町長 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、領収書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)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行等	金融機関名	支店・支所名	種別	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		
	郵便局	通帳記号		通帳番号		
	フリガナ					
	口座名義人					