様式第９号（第７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 |  | 2 | 1 | 5 | 0 | 5 | 3 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 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 | 製造事業名及び販売事業名 | 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 |  |
| 八百津町長　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）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　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具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(支援)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 |  |