

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									