

様式第 10 号その 1(第 17 条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書											
フリガナ				保険者番号							
被保険者氏名				被保険者番号							
				個人番号							
生年月日	年 月 日生										
住所	〒										
	電話番号										
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名および 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						
福祉用具購入事業所名					事業者番号						
福祉用具が 必要な理由											
米原市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名											

注意・この申請書の裏面に、領収証およ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(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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 代理店	種 目	口 座 番 号	
				1 普通預金	
				2 当座預金	
			3 その他		
	金融機関コード	店舗コード			
	フリガナ				
	口座名義人				