

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 | | | | | |