

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			3	3	6	2	2	2
被保険者氏名			被保険者番号	6	2	2	0	0			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住 所	〒										
電話番号											
購入年月日	福 祉 用 具 名		購 入 金 額		販売事業所名						
	製造事業社名				事業所番号						
年 月 日			円		3	3	7				
年 月 日			円		3	3	7				
年 月 日			円								
勝央町長 様 上記のとおり関係書類を添えて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 印 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下さい。
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

本人負担割合	割
--------	---

介護予防福祉用具購入費(8割分・9割分)を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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										
ゆうちょ銀行	通 帳 記 号		通 帳 番 号								
	1				0						1
振込先口座が被保険者名義でない場合		購入費を上記口座に振り込むことに承諾します。 被保険者名 印									