第10号様式(第12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		4	6	4	5	2	9	
被保険者氏名		被保険者番号								
		個人番号								
生年月日	明治・大正 昭和　年　月　日生	性別	男・女	要介護支援						
住所	湧水町									

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造業者名及び 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

福祉用具が 必要な理由	

湧水町長　殿

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　　TEL　—

氏名　　印

注意　・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパン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。

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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業共同組合	本店 支店 出張所	種目 普通預金 当座預金 その他	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

上記金額の受領を　住所　　に委任します。

氏名

委任者(被保険者)氏名　　印