

別記様式第10号(第8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【償還払い用】

フリガナ		個人番号							
被保険者氏名		保険者番号							
		被保険者番号	8	0	0	0			
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性	別	男	・	女
住 所	〒503－ 岐阜県安八郡 電話番号 0584 － －								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日				
			円		平成	年	月	日	
			円		平成	年	月	日	
			円		平成	年	月	日	
福祉用具が 必要な理由									
安八郡広域連合長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住 所 岐阜県安八郡 申請者 電話番号 0584 － － 氏 名 被保険者との関係									

注意 ・ この申請書の添付書類として、次の関係書類を提出して下さい。

見積書(金額) サービス計画書 領収書(金額・日付・但書・社印・商品名)

パンフレット(商品名・定価・製造事業者)

・被保険者以外の口座に振込の場合は、委任状の提出が必要になります。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込	銀行 信用金庫 信用組合 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	普通						
依 頼 書	フリガナ							
	口座名義人							

居宅介護支援事業所名		担当支援専門員名	
------------	--	----------	--