

第8号様式（第10条）

横芝光町介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	年 月 日生						
住所	〒 電話番号						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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							

横芝光町長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給及び受領に関する権限を下記受任者に委任します。

なお、居宅介護（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。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

電話番号

受任者	〒 所在地			登録番号				
	事業者名称			電話番号				
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 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								

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパン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。