

フリガナ			保険者番号					3	0	3	4	3	8
被保険者氏名			被保険者番号	3	4	3	0	0	0				
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生		性 別	男 ・ 女									
住 所	〒												
電話番号													
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													
九 度 山 町 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印													

「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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合				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							
	刀ガナ 口座名義人														