

様式第9号（第8条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）													
フリガナ 被保険者 氏 名				保険者番号									
				被保険者番号									
				個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日				入院・入所の方 は、退所・退院日			年 月 日					
住所	〒 - -			電話番号 ( ) -									
特定福祉用具名				購入日		年 月 日							
	種 目	商 品 名		特定福祉用具 事 業 者 名									
1													
2													
3													
4													
申請額				円									
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 続柄 ( )</p>													
<p>注意 ・ この申請書の裏面に、承認証、委任状及び領収証を添付してください。</p> <p>上記申請に基づく特定福祉用具購入費は別紙委任状により下記の口座に振り込んでください。</p>													
口座振込 依頼欄	銀 行 農 協 信用金庫			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 ( )						
	ゆうちょ銀行 9900		記号		CD/再発行		番号（右詰め）						
口座名義人		フリガナ											
<p>※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。</p> <p>※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。</p>													
受付確認欄				備 考									