

別記第28号様式（第20条関係）

音更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（償還払用）

フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号	0 1 6 3 1 1								
	被保険者番号									
生年月日	年 月 日									
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			購入年月日					
		円			年 月 日					
		円			年 月 日					
		円			年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
「確認者」 指定居宅介護 支援事業者等  ( )に資格を記入 してください	〒	事業者番号								
	住所 名称 ( ) 氏名									
音更町長 宛て 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。 年 月 日 住所 申請者（被保険者） 氏名										

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。

ゆうちょ銀行	記号					の	番号				
銀行等	銀行 信用金庫 信用組合 農協・労金	本店 支店 出張所	預金 種目	1.普通 2.当座 3.その他							
			口座 番号								
フリガナ											
口座名義人											

