

特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

㊦ 被保険者氏名			保険者番号	3	0	2	0	9	1
			被保険者番号						
生年月日	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	年	月	日				
		円	年	月	日				
		円	年	月	日				
福祉用具が 必要な理由									
岩出市長様 上記のとおり関係書類を添えて特定（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 氏名 電話番号									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

- ・ 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

特定（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 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						
	㊦								
	口座名義人								