

記載例

事前申請の審査後に、申請者（被保険者）へ送付します

償還払いの給付の際に使用

(第9号様式)

年 月 日

(あて先) 東村山市長

(〒×××× - ××××)

住 所 東村山市××町××丁目××番地××

請求者

氏 名 ×××× 印

電話番号 ×××(×××)××××

保険給付費請求書

申請者（被保険者）の情報が記載された形で送付しますので、押印のみしてください。

先に申請をしました福祉用具購入費の保険給付金について、請求します。

なお、支払については、下記の口座に振り込みをしてください。

金額は記載された形で送付します

福祉用具購入費の費用額	100,000 円
利用者負担額 差額自己負担額等の介護保険適用外のものは除く。	10,000 円
保険給付請求額	90,000 円

振 込 先	金融機関名	××××	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	店舗名	××××	本店 支店 出張所						
	金融機関コード	×	×	×	×	店舗コード	×	×	×			
	口座種目	普通				口座番号	×	×	×	×	×	×
	フリガナ	××× ×××										
	口座名義人	×× ××										

**申請者（被保険者）と口座名義人は同一のものを極力使用してください。
ご家族等の口座へ振り込む際は、委任状（第11号様式）が必要となります。**