様式第30号

|  |
| --- |
| 介護保険　居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 |
|  | フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話　　　　（　　　）　　　　 |
| 福祉用具名(種目名及び商品名) | 製造事業者及び販売事業者名 | 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 |  |
| 小野町長様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 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　 　　印 | 電話番号 |
| 注意・領収書及び福祉用具のパン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。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。 |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合 |  | 支店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |  |
| 1普通預金2当座預金3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |  |
|  |
|  |