

別記様式第35号 (第22条関係)

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			保険者番号	3 9 2 0 6 8						
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年 月 日		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										
<p>須崎市長 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) 福祉用具購入費の支給を申請します。          なお、申請者と口座名義人が異なる場合には、口座名義人を代理人とし、口座への振入を持って須崎市          からの支払金の受領と認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 被保険者との続柄 ( )</p>										

注意 この申請書の裏面に、領収証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 金庫 農協	本店 支店 支所	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							
	フリガナ									
口座名義人										