様式第35号(第4条関係)

介護保険福祉用具購入費支給申請書

|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(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 | 年　　月　　日 | 性別 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　 |
| 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 | 　 |
| 　蟹江町長　殿　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名 |
| 注意・この申請書の裏面に、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(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 | 本店　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 | 　 |
| 　 |
| 　 |