

様式第30号(第19条、第19条の2関係)

介護保険福祉用具購入費支給申請書

被保険者氏名	個人番号													
	被保険者番号													
生年月日	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>士別市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 電話番号 印</p>														

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ください。
「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

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										
	フリガナ												
	口座名義人												