

様式第30号(第26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	0	7	2	0	7	4
被保険者氏名							被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	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			平成 年 月 日				
						円			平成 年 月 日				
						円			平成 年 月 日				
						円			平成 年 月 日				
福祉用具が 必要な理由													
	特定福祉用具販売事業者番号												
須賀川市長 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。 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印													

- 注意 1 この申請書に添えて、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 2 「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、裏面又は別紙に記載してください。

記

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 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						
フリガナ 口座名義人			-----										

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
(受領委任用)

フリガナ		保険者番号	0	7	2	0	7	4
被保険者氏名		被保険者番号						
		生年月日	明・大・昭	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	平成	年	月	日		
		円	平成	年	月	日		
		円	平成	年	月	日		
		円	平成	年	月	日		
福祉用具が 必要な理由	特定福祉用具販売事業者番号							
須賀川市長 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。 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ください。 また、当該申請に基づく福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印								
受取人	〒 住所 事業者名 電話番号 代表者名 印							

注意 1 この申請書の裏面に、被保険者あての請求書、保険給付以外の額(自己負担分)の領収証、及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 「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、裏面又は別紙に記載してください。

記

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 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						
	フリガナ 口座名義人	-----							

