様式第30号（第20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  被保険者氏名 |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　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） | | | 製造業者名及び  販売事業者名 | | | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二戸地区広域行政事務組合管理者　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  　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　申請者  　　　　　　　氏名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　欄内には記載が困難な場合は、裏面に記載してください。  　　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・農協 | | | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |