

様式第32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

(年 月分)

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	男・女									
住所	郵便番号													
福祉用具名 (種目及び商品名)	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														
口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支			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													
<p>名寄市長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 郵便番号 電話番号 ()</p> <p>申請者 氏名 (印) 本人との関係</p>														

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収証、証明書類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。

市記入欄

保険料納付状況	領収証 確認欄	備考
未納保険料 有・無		購入金額 円×保険給付率9割
		支給決定額 円
滞納保険料 有・無	証明書類 確認欄	要 介護・支援 ()
		認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日