　別記様式第30号(第19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 |  | 性別 | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 男・女 |
| 被保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　 年 　　月 　　日 | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 被保険者住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類・内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後志広域連合長　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。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　〒　　　　　－  　　　　　　住　所  申請者  　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・被保険者が給付制限を受けているときは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給ができない場合があります。

　　　・この申請書の裏側に領収証、関係書類を添付してください。

　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記口座に振り込み願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行・信用金庫  信用組合・農協  労働金庫 | | | | | 本店・支店  本所・支所  出張所 | | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
| 1.普通  2.当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

後志広域連合記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険料納付状況 | 領収書確認欄 | 関係書類確認欄 | 備　　　　　考 |
| 未納保険料　有・無  滞納保険料　有・無 |  |  |  |