様式第34号(第22条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具購入費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ |  | | | | | 申請年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 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 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小樽市長　　　　　　　　　　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。  　申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | * 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |