

福

受付印		事後	市記入欄	要介護度	認定有効期間	負担割合
				介・支	自 年 月 日 至 年 月 日	割

フリガナ			被 保 険 者 番 号									
被 保 険 者 氏 名												
生 年 月 日	年	月	日	個 人 番 号								
住 所	〒 高崎市											
				電話番号	()							
福 祉 用 具 名 (領 収 日)		製造事業者名 及び 販売事業者名		購 入 金 額 (消 費 税 込)		市 記 入 欄	申 請 額 (請 求 額)					
1. (年 月 日)				円			円					
2. (年 月 日)				円			円					
3. (年 月 日)				円			円					
福祉用具が 必要な理由												
(宛先)高崎市長 上記のとおり、関係書類を添えて 福祉用具購入費 の支給を申請(請求)します。 なお、福祉用具購入費 については、 <table border="0"><tr><td rowspan="2">{</td><td>ア. 私本人名義の下記の口座</td><td rowspan="2">に振り込んで下さい。</td></tr><tr><td>イ. 受領委任した下記の名義人の口座</td></tr></table> 年 月 日 申請者 住所： (被保険者) 氏名： 申請代行者 住所： (申請書の提出者) 申請者との関係() 氏名： 電話番号 ()									{	ア. 私本人名義の下記の口座	に振り込んで下さい。	イ. 受領委任した下記の名義人の口座
{	ア. 私本人名義の下記の口座	に振り込んで下さい。										
	イ. 受領委任した下記の名義人の口座											

注意

- ・この申請書に、領収書、特定福祉用具販売事業者等が作成したサービス計画の写しと販売証明書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- ・「福祉用具が必要な理由」欄に、購入用具が必要となった理由をわかりやすく記載してください。
- ・「市記入欄」は窓口で確認後に記入します。

口座振込 依頼欄			銀行・農協 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										
					2. 当座										
	口座 名義人	フリガナ													
		氏名													
		電話番号 ()													

市記入欄	保険料 納付状況	給付率	支給する ・ 支給しない		担 当	係 長	課 長
	未納・滞納 保険料 有・無	%	支給決定額	円	事 後		