

様式第1号(第6条関係)

御殿場市介護用ベッド等購入費・賃借料助成申請書

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		要支援・要介護の状態											
生年月日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日										
住所	〒											電話	
購入又は賃借品名 (種目名及び商品名)	購入事業者名 又は賃借事業者名	購入・賃借金額	購入日・賃借月										
		円	年	月	日	年 月 日						月分	
		円	年	月	日	年 月 日						月分	
		円	年	月	日	年 月 日						月分	
御殿場市長 様													
上記のとおり関係書類を添えて介護用ベッド等購入費・賃借料助成の申請をします。													
年 月 日													
住所													
申請者													
電話													
氏名													
印													

注意 この申請書に、領収書及び介護用ベッド等のカタログの写し、賃借の場合には契約書の写しも添付してください。

介護用ベッド等購入費・賃借料助成金を次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関名		支店名	
口座番号		口座種別	普通 当座
フリガナ			
口座名義人			

※ 口座名義人と被保険者が異なる場合は、委任状が必要となります。

市記入欄	
------	--