

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 分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 円 | 年 月 日 年 月 分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 円 | 年 月 日 年 月 分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>御殿場市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話</p> <p>氏名 印</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | |
|------|--|