介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ | |  | | | | | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 | |  | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭 　　　　　　年 　月 　日生 | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | |  | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒    　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | | 事業所番号  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当別町長　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・　この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

　　・　「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金融機関名 | 店舗(本・支店) | | 種　目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 |  |  | | １　普通預金  ２　当座預金  ３　（　　） | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | 金融機関  コード | |  |  |  |  | | 店舗  コード | | |  | |  | |  | | |
| 口　座  名義人 |  | |
| □　公的給付支給等口座（公金受取口座）を利用します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |