**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  | 1 | 5 | 2 | 0 | 4 | 1 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　 （　　　）　　　　 |
| 福 祉 用 具 名 | 事 業 者 名 | 購 入 金 額 | 購 入 日 |
| (種目名) | (製造) | 円 | 　　 年 月 日 |
| (商品名) | (販売) |
| (種目名) | (製造) | 円 | 　　 年 月 日 |
| (商品名) | (販売) |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| （宛先）三　条　市　長電話番号　　　　 (　　　)　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 注意 | * この申請書に、領収書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、裏面に記載してください。
* 特定福祉用具販売事業所の指定を受けた事業所で販売した場合に限って支給対象になります。
 |
| 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。 |
|  受任者(口座名義人) | 　支給金額の受領を次の者に委任します。 　　　　　年　　　月　　　日　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　 　 委任者との関係　　　　　　　　　電話番号　　　　 (　　　)　　　　 　委任者（被保険者）　　　　　　　　　　　　　　 |
| 依　頼　欄 | 　　　　　　　　　　　　 　銀行 　信用組合　　　　　　　　　　　 　　金庫　 　農協 | 　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 種目 | 口 座 番 号 | フリガナ |  |
| 1普通2当座 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |