介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | **3** | **6** | **4** | **0** | **5** | **9** |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | **4** | **0** | | **5** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　 　年 　　月　 　日生 | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号（　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | 購入日 | | | | | | | |
| （種目名及び商品名） | | | 販売事業者名 | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | 円 | | | | | 平成　　年  　　　月　　日 | | | | | | | |
| （　　　　　 　　　） | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | 円 | | | | | 平成　　年  　　　　月　　日 | | | | | | | |
| （　　　　　 　 　　） | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | 円 | | | | | 平成　　年  　　　　月　　日 | | | | | | | |
| （　　　　　 　　 　） | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上板町長　様  上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  平成　　年　　月　　日  　　　　住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号（　　　）　　―  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座記入欄 | 金融機関名 | | | 支店名 | | 種 目 | 口座番号 | | | | | | |
|  | 銀　　行  農　　協  ( ) | |  | 支店  支所 | １ 普通  ２ 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | |

※　口座名義人は申請される被保険者の名義でお願いします。

※　銀行名、支店名、口座番号が分かる通帳のコピーもしくはキャッシュカードのコピーを添付してください。