**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | | | | |  | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  |
| フリガナ | |  | | 個人番号 | | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | 明･大･昭　　 年 　　月　　 日 | | | | 性 別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | **〒**    電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | 購入金額 | | | | | | | | 購　 　入　 　日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 令和 　年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 令和 　年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 令和 　年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日　出　町　長　　本　田　博　文　　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。  　　　　令和　 　年 　　月 　　日  申請者 住　所  氏　名　　 　　　　 　 　　印　 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１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。

　　 ２「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。

　　 ３欄内に記載が困難な場合は、裏面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下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行・労働金庫  信用金庫・信用組合  農　　協・漁　　協 | | | | | | | | 本店  　　支店  　出張所 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | １ 普通  ２ 当座  ３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 受領に関  する委任 | （申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に署名・押印してください。）  　本申請にかかる受領の権限を上記の口座名義人に委任します。  申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

※振込口座は、本人名義のものに限ります。

※やむを得ない場合に限り（本人名義の口座がない等）代理受領ができます。