**介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書**

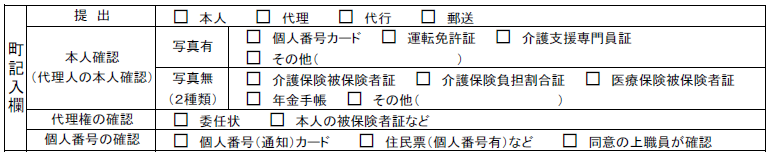
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | 保険者番号 | ２８５８５８ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 被保険者番号 |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　 年 月 日生 | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の状況 | | | 在宅　・　入院（入所）中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香 美 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。  令和 年 月 日  住 所  申 請 者 　　電話番号  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

**○居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口　座　振　込　依　頼　欄 | 金　融　機　関 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 預金種目 | 1普通　2当座　3その他 | | | | | | |
| **口座番号** |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | | | | | 店舗コード | | | | | | | | | **フリガナ** |  | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | 口座名義人 |  | | | | | | |
| ゆうちょ  銀　行 | 記　号 | | | | | | | 番　号 | | | | | | | | | | | **フリガナ** |  | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | 口座名義人 |  | | | | | | |



|  |
| --- |
| * 要介護度　（　　　　　）　　□　認定期間　（　　　　　　　～　　　　　　　） * 給付実績　（　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□なし　　） * 入力日　（　　　　　　）　　　　□　整理番号（　　　　　　　　　　　　） |