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 | |  | | | | | | | | | | ０ | | 7 | 3 | | 0 | 1 | | 5 |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | 個人番号 | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 被保険者番号 | |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 生　年　月　日 | | 明・大・昭　　 年 月 日 | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | | 〒９６９ -  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 桑折町長　殿  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  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 電話番号　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、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ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 振 込  依　頼　欄 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | 預金種別 | | | | | | | １.普通預金  ２.当座預金  ３．その他 | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| フ　リ　ガ　ナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口　座　名　義　人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |