**介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | ３ | | ０ | | ３ | ４ | | ３ | | ８ | |
|  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | ３ | | ４ | | ３ | | | ０ | 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  （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 | | | | | | | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 九 度 山 町 長 　 様  上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）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（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 替  依　頼　欄 | | 銀行  　　　　信用金庫  　　　　信用組合 | | | | | | | 本店  　　　　　　支店  　　　　　　出張所 | | | | | 種目 | | 口　　座　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
|  | |  |  | |  | |  |  |  | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |