介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

　　年　　月　　日

　雫石町長　様

　　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | 保険者番号 | | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具種目名 | | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | | 購　入　金　額 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | | 購　　入　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | ※居宅サービス計画書を添付した場合は、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類　　□居宅サービス計画書第１表・第２表　　　　□領収証（原本持参。コピー後原本返却。）  □購入する福祉用具のパンフレット  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼欄 | | | 銀行  　　　　信用金庫  　　　　農協 | | | | | 本店(所)  　　　　　支店(所)  　　　　　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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任 | | | 私の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は上記の口座へ振り込んでください。  申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |