**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  被保険者氏名 |  | | | 保険者番号 | | |  | | | | ３ | | ４ | | ２ | １ | ５ | ４ |
|  | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 　　月 　　日 | | | 性　別 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名及び | | 購 入 金 額 | | | | 購 入 日 | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 江　田　島　市　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。  　　　　また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。  　　　令和　　　　年　　　月　　　日  住所  申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）  　（兼受領委任者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受取人の  所在  事業者名等 | 〒  　所在  　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）  　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（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  　　　　　　　　農協・漁協 | | | | 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 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

R6.4改正