介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

要支援・要介護（　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | | 232199 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 性　　　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | 〒    電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | | | | | | 製造業者名及び  販売事業者名 | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　なお、支給額については、下記の口座に振り込んでください。  　　　　　　年　　月　　日  　（宛先）小牧市長  　　　　　　　　　申請者　　住所  　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額については、下記口座名義人に受領委任します。  　　　　　　　　　　　　　委任者署名  　　　　　　　　　　　　　（被保険者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依 頼 欄 | 銀　　　　行  信 用 金 庫  信 用 組 合  農業協同組合 | | | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | 種目 | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通  ・  当座 | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |
| フ リ ガ ナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 添付書類　領収証、福祉用具のパンフレット等概要書（排泄予測支援機器の購入者は、医学的な所見が確認できる書類も併せて添付してください。）