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。）