別記様式第20号(第17条関係)

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 | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | | 要介護度 | | | |  | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目及び商品名) | | | | | | 製造事業者名及び  販売事業者名  販売事業所番号(　　　　　) | | | | | | | | | | 購入金額  上段：給付額(　　　割)  下段：購入額 | | | | | 購入日  (領収書の日) | | | | | | |
|  | | | | | | (　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | (　　　　　　　　)円  円 | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | | (　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | (　　　　　　　　)円  円 | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | | (　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | (　　　　　　　　)円  円 | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 榛東村長様  　　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。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 注意 | ・この申請書に、領収証、福祉用具を販売したことがわかる書類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。枠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  信用組合  農協 | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1.普通  2.当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | |