|  |
| --- |
| **介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書** |
|  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 | ２ | ８ | ４ | ８ | １ | ０ |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 | ４ | ８ | １ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭 　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 電話番号 |
| 福　祉　用　具　名 | 製造事業者名 | 販売事業者名 | 購入金額 | 購　入　日 |
| 種 目 名 | 商 品 名 | 事業者番号 |
|  |  |  |  | 　　　　　円 | 令和年 　月 　日 |
|  |
|  |  |  |  | 　　　　　円 | 令和年 　月 　日 |
|  |
|  |  |  |  | 　　　　　円 | 令和年 　月 　日 |
|  |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　上郡町長　　あて 　　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、支払いは下記の口座に振り込んで下さい。 　　　令和　　　年　　月　　日 　　　　　　住所 　　申請者 　　　電話番号 　　　　　　氏名  |
| 口座振込依頼欄 |  　　銀行 　　 　　 　　信用金庫 　　 　　 　　農協 | 　　　 　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |
| 注 意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット、福祉用具サービス計画等を添付して下さい。　　　 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、理由書（任意様式）を添付して下さい。＜町記入欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入に要した費用 | 審査決定金額 | 支給割合 | 受領委任 | 支給決定金額 |
| 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 | 　　割 ・ その他 | 有 ・ 無 | 　　　　　　　　円 |

 |