|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |