介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  　被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | 3 | | | 7 | | 4 | 0 | | 6 | | | 6 | |
|  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | | |  |
| 生　年　月　日 | | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | 性　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | 〒  まんのう町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福　祉　用　具　名  （種目名及び商品名） | | | | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | | | 購　入　金　額 | | | | | | | | 購　入　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| まんのう町長　様  上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  平成　　年　　月　　日  　　　　住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。   1. 「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、裏面に記載して下さい。   居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 振 替  依 頼　欄 | 銀　　行  　　　　　　農業協同組合 | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 口座振込名義人が被保険者でない場合は、下記の委任状に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委 任 状 | 上記居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。  委任者（被保険者）　　　　　　　　　　　受任者（口座名義人）  氏名　　　　 　　　　　　　　　　　印　　　　　氏名 |