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 | 要介護等 |  |
| 住　　　 所 |  | 電話番号　 |
| 福　祉　用　具　名（種目名及び商品名） | 特定福祉用具販売事業者指定番号 | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購　入　日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 阿賀野市長　様　　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　住所　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　氏名 |
| 注意　・この申請書の裏面に領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。　　　・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。　　　　欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。上記の給付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・農協信用金庫・信用組合・労働金庫 | 本店・本所支店・支所・出張所 | 種　目 | 口　座　番　号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 1　普通2　当座預金3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 委 任 欄 | ※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。年　　月　　日受任者（口座名義人）　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　委託者（本人）　　　　氏名　 |