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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |