

# 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

|                                                                                                                                 |          |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--|--|--|
| フリガナ                                                                                                                            |          |                    | 被保険者番号 |   | 0       | 0       | 0       | 0       |         |         |         |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                          |          |                    | 要介護度   |   | 支援<br>1 | 支援<br>2 | 介護<br>1 | 介護<br>2 | 介護<br>3 | 介護<br>4 | 介護<br>5 |  |  |  |
|                                                                                                                                 |          |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
| 生 年 月 日                                                                                                                         | 昭和・平成・令和 |                    | 年      | 月 | 日生      | 性 別     |         | 男 ・ 女   |         |         |         |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                             | 〒 _____  |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
|                                                                                                                                 | _____    |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
| 電話番号 _____                                                                                                                      |          |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)                                                                                                             |          | 製造事業者名及び<br>販売事業者名 |        |   | 購入金額    |         |         | 購入日     |         |         |         |  |  |  |
|                                                                                                                                 |          |                    |        |   | 円       |         |         | 年 月 日   |         |         |         |  |  |  |
|                                                                                                                                 |          |                    |        |   | 円       |         |         | 年 月 日   |         |         |         |  |  |  |
|                                                                                                                                 |          |                    |        |   | 円       |         |         | 年 月 日   |         |         |         |  |  |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                                                                                                  |          |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |
| <p><u>平 群 町 長 様</u></p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 _____</p> <p>氏名 印</p> |          |                    |        |   |         |         |         |         |         |         |         |  |  |  |

※ 注 意・この申請書に、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。

・「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（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|                   |      |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |
|-------------------|------|--|-------|-----|--|---------|--------|--|--------|--|--|--|--|
| 口 座<br>振 込<br>依頼欄 | 銀 行  |  |       | 本 店 |  |         | 種 目    |  | 1 普通預金 |  |  |  |  |
|                   | 信用金庫 |  |       | 支 店 |  |         |        |  | 2 当座預金 |  |  |  |  |
|                   | 農 協  |  |       | 出張所 |  |         | 3 貯蓄預金 |  |        |  |  |  |  |
|                   | 信用組合 |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |
|                   |      |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |
| 金融機関コード           |      |  | 店舗コード |     |  | 口 座 番 号 |        |  |        |  |  |  |  |
|                   |      |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |
| フリガナ              |      |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 人         |      |  |       |     |  |         |        |  |        |  |  |  |  |

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は記入してください。

この給付金の受領は、振込先名義人に委任します。

申請者氏名

印