**介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶ ﾞ ﾅ |  | 被保険者番号 | **０** | **０** | **０** | **０** |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 要介護度 | 支援１ | 支援２ | 介護１ | 介護２ | 介護３ | 介護４ | 介護５ |
| 生　年　月　日 | ㍾･㍽･㍼　　　　年　　　月　　　日生 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　　　年　　月　　日 |
| 福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由 |  |
|   **平 群 町 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　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

* 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　座振　込依頼欄 | 銀　　行信用金庫農　　協信用組合 | 本　店支　店出張所 | 種 目 | １ 普通預金２ 当座預金３ 貯蓄預金 |
| 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