様式第２０号（第２３条関係）

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ | | |  | | | 保険者番号 | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | | |  | | |
| 被保険者番号 | | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | | 年　 月日生 | | | 要介護度 | | | 要支援 　　・ 要介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関ケ原町長　様  　　　　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名 | | | | | | 電話番号　　**－** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　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ください。

　　　２　｢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。

居宅介護（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  信用組合  農　　協 | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | 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 | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町記入欄 | 支給額 | ￥ | 備　　　考 |  | 受付 |  |
| 介・支 |
| 支給額 | ￥ | 入力 |  |
| 決 定 年 月 日 |
| 支給額 | ￥ | 年　　月　　日 | 照合 |  |