**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 |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | １２４４１２ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 個人番号 | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大多喜町長 　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  　　　　　　住　所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収書及び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（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依頼欄 | 銀行  　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　信用組合  農協 | | | | | | 本店  　　　　　　　支店  支所  　　　　　　　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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |