**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 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | 3 | | 6 | 2 | | 0 | 3 | | 8 |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援　　　１　　　　２　　　　　　　要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  指定販売事業者名 | | | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小松島市長 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、かつ次の口座に当該購入費の振込を依頼します。  令和 年 月 日  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  申請者  氏名 　　 　 代筆者氏名（続柄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取口座 | | * 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）   　公金受取口座を登録していない方は、ﾏｲﾅﾎﾟｰﾀﾙから簡単に登録いただけます。  ※公金受取口座の変更または登録抹消を行うと、反映までに一定の時間を要しますので、ご希望の口座に振り込めない場合があります。   * 振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依頼欄 | | 銀 行  信用金庫  信用組合  農　協 | | | | | | | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | | | | 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 | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入力 | 受付 | 番号確認 |
|  |  |  |

・この申請書に、関係書類(領収証、福祉用具のパンフレット(写しでも可)及び福祉用具計画書等)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。

・知事の指定を受けた販売店で購入した場合に限り、支給対象となります。

・被保険者本人以外の口座の場合は委任状が必要となります。