**介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  | ２ | ０ | ４ |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明･大･昭　 年　 月　 日生 | 性 　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒 |
|  | 電話番号　　　（　　） |
| 福祉用具名（種目及び商品名） | 製造事業者名 | 販売事業者名（指定事業者番号） | 購入金額 | 購入日 |
|  |  | （　　　　） | 円 | 年　月　日 |
|  |  | （　　　　） | 円 | 年　月　日 |
|  |  | （　　　　） | 円 | 年　月　日 |
|  | 合　　計（購入金額） | 円 |  |
|  | 支給申請額(購入金額×給付率) | 円 |  |
| 福祉用具が必要な理由 |  | 居宅介護支援事業所 |
|  | 事業者名 |  |
|  | 担当者名 |  |
| 木曽広域連合長　　様上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。　　年　　月　　日申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 注意　・この申請書の裏面に、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。欄内に記載内容が困難な場合は、裏面に記載して下さい。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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下さい。口座名義人が被保険者本人でない場合：下記の口座へ振り込むことを承諾します。被保険者氏名　　　　　　　　　　 　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼書 | 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ口座名義人 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |