|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | 4 | 6 | | 5 | 3 | 3 | | 6 |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 和泊町長　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  住　所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込  依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |