|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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  被保険者氏名 | | |  | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  | 生年月日 | | | 明・大・昭　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） | | | | | 製造事業者及び  販売事業者名 | | | | 購 入 金 額 | | | | | 購　入　日 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | 円 | | | | | 平成　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | 円 | | | | | 平成　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | 円 | | | | | 平成　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 幌延町長　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  　氏　名　　　　　　　　　印　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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  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 | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |