様式第９号（第７条関係）

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 | |  | | | | | | | 2 | 1 | 5 | 0 | 5 | 3 |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 | |  | | 0 | 5 | | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 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 | | | 製造事業名及び  販売事業名 | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 八百津町長　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、領収書及び福祉用具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 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | 種　目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1 普通預金  2 当座預金  3 その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |