様式第33号

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 | |  | | | | | 4 | | 4 | 2 | 1 | 2 | 9 |
| 被保険者氏名 | |  | | |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 要介護状態区分等 | | | 要介護(　　)・要支援(　　) | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | 製造事業者名等 | 販売事業者名等 | | 購入金額 | | | | | | | 購入日 | | | | | |
|  | | |  |  | | 円 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  |  | | 円 | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  |  | | 円 | | | | | | |  | | | | | |
| 合計 | | | | | | 円 | | | | | | |  | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊後大野市長　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ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　〒  　　　　　　住所　豊後大野市　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(　　　)　　　―  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意・この申請書を提出する際は、領収証及び福祉用具の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(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 |  | | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |