様式第20号(第16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  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 | |  | | | | | 1 | 8 | 4 | 4 | 2 | 4 |
|  | |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 美浜町長　　　　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(被保険者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  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 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| [この欄は、申請者(被保険者)と口座名義人が異なる場合のみご記入ください。]  　私は、本申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を、上記振込先の名義人に委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者(被保険者)氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |