**介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書**

**（償還払い用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ４ | ３ | ５ | ０ | １ | ６ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 　大・昭　　　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　　所 | 錦町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 錦　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。令和　　年　　月　　日住　所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　　農協・銀行　　　　信用金庫　　　　信用組合 | 　　　　　本店　　　　支店・支所　　　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ口座名義人 |  |
|  |

※申請者（被保険者）と名義が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなします。

▼保険者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　費用総額Ａ | 給付対象費用額Ｂ | 利用者負担額（Ｂ×0.1）　Ｃ | 保険給付額（Ｂ×0.9）　Ｄ |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当ケアマネージャー |  |