**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 |  |