様式第14号(第15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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  | | ２ | ３ | ４ | ４ | ７ | ６ |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 武豊町長  　　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。  　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　申請者  　　　　　　氏名  電話番号(　　　)　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　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。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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | |