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 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　(　　)　　　　　 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 製造事業者及び販売事業所名 | 購　入　金　額 | 購　入　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  | 担当）ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ |
|  |
| 担当）福祉用具専門相談員 |
|  |
| 丸亀市長　宛　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）　氏名　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　　(　　　) |

注意　・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット、福祉用具サービス計画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。

・支払方法に受領委任払いを選択する場合、原則として購入金額欄に10割の金額と利用者負担金額（1円未満の端数は切り上げ）を記入してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の支払方法により処理してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払方法依頼欄 | 　　□受領委任払い　※所定の委任状を添付してください。 |
| 　□償還払い（公金受取口座を利用する）※下記の口座情報の記入は不要です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　また、事前にマイナポータル等での登録が必要です。 |
| □償還払い（振込口座を指定する）※下記に口座情報を記入してください。 |
| 口座振込先 | 銀行信用金庫農協 | 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 | 　 |
| 　 |

**委任欄**

　　支給決定額に係る一切の権限を口座名義人　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　　　年　　月　　日

被保険者氏名（申請権者）　　　　　　　　　　　　　印