別記様式第25号（第17条第1項関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  被保険者名 | | | | |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | ０ | | １ | | ４ | | ６ | | ４ | | ７ |
|  | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | |  |  |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 和寒町長　　　　　　　　　　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。  また、上記請求に基づく給付金の受領分を下記の者に委任します。  年　　月　　日  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　（被保険者との関係　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の事業所名及び代表者名  及び | | | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 右のとおり受領することを承諾します。  印 | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の住所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証（受領委任の場合は請求書）及び福祉用具等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。  ・受領委任を希望しないとき（申請者が受領）は、申請文の委任文を削除して、訂正印を押して下さい。  居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給は、下記のとおり申し出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支　給　方　法 | １　現金支給 | | | | | | | | | | 和　寒　町　役　場　出　納　窓　口 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２口座振込依頼 | １申請者  ２事業者 | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | | | | | | | | 本店  支店  支所 | | | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |