介護保険居宅介護（支援）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 | ０９２１１４ | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | 製造業社名及び  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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 矢板市長　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、**記名押印**してください。 | | | | | | | | | | | | | |

１　この申請書に領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。

２　「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、別紙に記載してください。

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 | 銀行・信用金庫  農協・信用組合 | | | | 本店  支店 | | | 種　目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | １普通  ２当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | |