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 |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | 4 | | | | 5 | | | 2 | | | | 0 | | | | 7 | | | 8 | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | 個人番号 | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 被保険者番号 | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 生　年　月　日 |  | | | | | | | | | 性　　別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 福祉用具の種類 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商　品　名 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 製造事業者 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購　入　日 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購 入 金 額 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 串間市長　　島田　俊光　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。  　令和　　　年　　　月　　　日  　　　住　所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依　　頼 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協  漁協 | | 本　　　　　店  本　　　　　所  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 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

上記福祉用具の購入を確認しました。　　　　年　　月　　日　　介護支援専門員　　　　　　　　　　　印

串間市確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 理　由　書 * 委　任　状 * パンフレット * 領　収　書 | 介　護　度　　 　　： | 給付区分　：　　償還払　・　委任払  　(　承認番号　福用　　　－　　　) |
| 所 得 段 階　　　　： |
| 保 険 料 滞 納　　　：　無　・　有 | 給付済基準額　：  　 給　付　額　 ： |
| 給 付 制 限　　　　：　無　・　有 |
| 令和　　　年　　　月　　　日　確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |