様式第10号（第14条関係）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | | |  | | | | | ２ | ０ | | ２ | ２ | ０ | ０ |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | | ０ | ０ | | ０ |  |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 要介護度等 | | | |  | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）　安曇野市長  　　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  　　　　　　氏名  印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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、裏面又は別紙に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **・提出書類** | ○ 領収証　○ 福祉用具のパンフレット  ○（排泄予測支援機器に限り）医学的所見が確認できる書類及び確認調書 |

居宅介護（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取口座 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。  □振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行  信用金庫  農　　協  （　　　） | | | | | 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　当座預金  ３　その他  （　　　　　） | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |  | | |
| ゆうちょ銀行 | | | | | 記号 |  | |  | | |  |  | |  |  | | 番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 安曇野市記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【被保険者と口座名義人が異なる場合に記入】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領収証確認欄 | | | | パンフレット等確認欄 | | | | | |  | （宛先）　安曇野市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 上記の給付費の受給を、次の口座名義人に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |  | 口座名義人 | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 委任者（被保険者） | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |