様式第20号(第25条第1項第1号関係)

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 負担割合 | 割　 |
| 要介護度 |  | 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者住所 | 〒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者名 | 福祉用具購入費用額 | 購入日 |
|  |  | 円 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
|  |  | 円 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
|  |  | 円 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 合計金額 | 円 |  |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 銚子市長　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。 |
| 申請者 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名 | 電話番号　　　　(　　)　　　　 |

注意　・この申請書に、福祉用具のパンフレット等及び領収書の原本を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」の欄については、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。

　居宅介護(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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 |  | 銀行信用金庫信用組合 |  | 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 |  |

＜市確認欄＞※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付制限 | 無・有 | 生活保護受給 | 無・有 |  |
| 福祉用具購入費申請回数 | 回目 | 福祉用具購入費支給済額 | 円 |
| 福祉用具購入品目 |  |
| 添付書類 | □福祉用具のパンフレット等　　□領収書 |
| □その他(　　　　　　　　　) |