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(　　　　　　　　　) | | |