**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 | | ２８３０１０ | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | | ００００ | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　 年　　月　　日 生 | | | 要介護度 | | 要支援　　　・要介護 | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　　・　　女 | | | 負担割合 | | １割　・　２割　・　３割 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種目 | | | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | 販売事業者名 | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年 月　　　日 | | | | | | | | | |
|  | | |  | |
| ＴＡＩＳコード | | | ― | |
|  | | |  | | 円 | | | | 年 月　　　日 | | | | | | | | | |
|  | | |  | |
| ＴＡＩＳコード | | | ― | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | 特定（介護予防）福祉用具サービス計画書を添付 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 猪名川町長　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。  　　　年　　　月　　　日  申請者　　　　住　所  （被保険者）  　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依 頼 欄 |  | | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | |  | | 本店・支店  出張所 |
| 種  目 | □普通預金  □その他（　　　　　　） | | 口座番号 | |  | |
| フリガナ  口座名義人 | |  | | | | |
|  | | | | |

**※　申請の際、福祉用具サービス計画書等及び領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。**

**※　振込先口座が申請者（被保険者）以外の場合は、委任状が必要です。**

<<　町記入欄　>>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 購入済額の有無 | 負担割合 | 費　用　額 | 円 | 備　考 |
|  | 有　・　無  残額  （　　　　　　　円） | １・２・３  割 | 本人負担額 | 円 |  |
| 支給決定額 | 円 |