様式第18号(第16条関係)

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 | |  | | | | | | | | 0 | | 6 | | 4 | | 6 | | 1 | | 8 | |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遊佐町長　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  　　　　　住所  　申請者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意：この申請書に、領収書及び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  農協  信用金庫 | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | |

以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印 | 個人番号カード提示 | 有・無 |  |
| 個人番号確認書類提示 | 有・無 |
| 個人番号システム確認済 | □ |
| 身元確認書類 | 提出 | 代理権の確認 |
| □ 運転免許証  □ 健康保険被保険者証  □ 介護保険被保険者証  □ 介護保険負担割合証  □ その他（　　　　　　　） | □ 本人  □ 代理人  □ 代行  □ 郵送 | □ 同一世帯の親族  □ 介護保険被保険者証  □ 書面（　　　　　　　） |