別記様式第1号(第3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　 | 9　 | 2　 | 0　 | 3　 | 1　 |
|  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 　 | 個人番号 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 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 |
| 購入金額 | 円 | 保険請求額 | 円 |
| 自己負担額 | 円 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　(宛先)栃木市長　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。　また、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。申請者(受領委任者)　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　氏名(被保険者)　　　　　　　　　　 　㊞ |
| 受取人 | 所在地　　〒販売事業者名　　　　　　　　　　　　電話番号代表者名　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 注意 | この申請書の裏面に、領収書(自己負担額)、福祉用具のパンフレット(コピー可)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)福祉用具購入費は受取人を指定する下記の口座に振り込んでください。 |
| □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。通帳等の写しの提出も不要になります。□振込口座を指定する |
| 口座振替依頼欄 | 銀　　行信用金庫労働金庫農業協同組合 | 本店支店支所 | 種目 | 口座番号 |
| 1　普通2　当座 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |