|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | 1 | | 0 | | 4 | | 2 | | 9 | | 9 |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | 〒  東吾妻町大字  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目及び商品名） | | | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東吾妻町長　様  上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  令和　　年　　月　　日  申請者　　　　住所　　東吾妻町大字  （被保険者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【注意】・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。枠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（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行  以外の  金融機関 | | 銀行 ・ 農協  信用金庫  信用組合 | | | | | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | 金融機関コード | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 店舗番号 | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 種目 | | | | １ 普通　 ・ ２ 当座 | | | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 通帳記号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳名義 | | |  | | | | | | | | | |
| 通帳番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者記入欄　　　添付書類 ： 申請書・請求書・領収書・パンフレット等・証明書（必要な理由） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 認定有効期間 | | | | | 保険料納入状況 | | | | | 支給（不支給）決定年月日 | | | | | | | 支給決定額（円） | | | | | | | | | 自己負担額（円） | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | 未納 ・ 滞納  有　・　無 | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |