別記様式第17号(第2条関係)

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  被保険者氏名 |  | | | | | 保険者番号 | | | 1 | | | | 7 | | | | 3 | | 6 | | 5 | | | 8 | |
|  | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 連絡先 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 選択制対象用具  購入確認機関 | 所属 |  | | | 職種 | |  | | | | | | | 担当者 | |  | | | | | | | | | |
| 内灘町長  　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。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　申請者  　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人による署名でない場合は、押印してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀行  　　　　信用金庫  　　　　　　農協 | | | | 本店  　　　　　支店  　　　　出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |

【申請に必要な書類】

・領収書の原本（原則本人宛）

・福祉用具のパンフレット、カタログ等の写し

【留意事項】

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

・選択制対象の福祉用具を購入する場合、購入に至った経緯を「福祉用具が必要な理由」欄に記載して下さい。意見を聴取した医師又はリハビリ専門職に関して「選択制対象用具購入確認機関」欄に記載して下さい。専門職等による署名又は押印は不要です。