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。