|  |
| --- |
|  |
| 　 | 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 | 　 |
| 　 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | フ リ ガ ナ | 　 | 保険者番号 | ２１２０４３ | 　 |
| 　 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　　・　女 | 　 |
| 　 | 住所 | 　〒 | 自己負担割合 | 　 |
| 　 |  |  | （　１割　・　２割・　３割　） | 　 |
| 　 | 福祉用具名（種目） |  |  |  | 　 |
| 　 | 福祉用具名（商品名） |  |  |  | 　 |
| 　 | 販売事業者 |  |  |  | 　 |
| 　 | 製造事業者名 |  |  |  | 　 |
|  | 購入金額 | 円 | 円 | 円 |  |
| 　 | 購入日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 福祉用具が必要な理由 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 | 　　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。 | 　 |
| 　 | 　　多治見市長 | 　 |
| 　 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 　 | 　　　　　　　申請者　　　 | 住所　 | 　 |
| 　 | 　　　　　　（被保険者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | 　 |
| 　 | 　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 《委任状》 | ※振込口座名義人が申請者と異なる場合、下記の欄に記入してください。 | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 | 　私は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を受領する権限を、下記の者に委任します。 | 　 |
| 　 |  | 　続柄 | 　 |
| 　 | 　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（口座名義人名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） | 　 |
| 　 | 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　住　所　 | 　 |
| 　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 | 　 |
| 　◆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。 |  |  | 　 |
|  | 振込先金融機関名 | 本店・支店 | 預金種別 | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 人 |  |
|  |  |  | 　 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）　 |
|  |
| ※添付書類：　　①福祉用具購入に関わる領収書　　　　　　　　　　②購入した福祉用具のパンフレット（内容の分かるもの）　　　※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。 | 　 |
|  |