|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |