様式第18号(第19条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(新規・追加)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  被保険者氏名 | |  | | 保険者番号 | |  | | | | | 2 | 8 | 2 | 2 | 1 | 0 |
|  | |
| 被保険者番号 | | 0 | 0 | 0 | | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | 個人番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 要介護度区分 | | 要支援1　　　要支援2  経過的要介護　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | TEL(　　)　― | | | | | | |
| 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 |  | | | 居宅介護支援事業所名及び居宅介護支援専門員氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 丹波篠山市長　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。  　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　申請者　　住所　　　　　　　　　　　電話番号(　　　)　　―  　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　被保険者との続柄　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・この申請書の裏面に、領収証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。欄内に記載が困難な場合は裏面に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 口座振込承諾書 |  |

　私に支給される特定福祉用具・介護予防特定福祉用具購入費は、下記口座に振り込みされることを承諾します。

被保険者

　　特定福祉用具・介護予防特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | 本店  支店  支所  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| (フリガナ)  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |