様式第10号その1(第17条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書 |
| 　 | フリガナ | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 福祉用具名(種目名および商品名) | 製造事業者名および販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　月　日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　月　日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　月　日 |
| 福祉用具購入事業所名 | 　　事業者番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　 |
| 　　米原市長　　　　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　 | 電話番号 |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証およ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。　居宅介護(予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振込依頼欄 | 銀行　　信用金庫信用組合農協　　 | 本店　支店　出張所代理店 | 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 | 　 |
| 　 |
| 　 |