様式第28号(第19条第1項関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  生 | 性　別 |  |
| 住　　所 | 〒 電話番号  |
| 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 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
| 福祉用具が 　必要な理由 |  |
| 　　会津美里町長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 電話番号  氏名  |

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下さい。

･「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。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 依頼欄 |  |  | 種目 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |