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 | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |