**介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** |  | | | | **被保険者番号** | | |
|  | | |
| **生年月日** | **明治･大正･昭和　　年　　月　　日** | | | | **性　別** | **男・女** | |
| **住所** | **〒**  **℡　　　（　　　）** | | | | | **負担割合** | |
| **１・２・３割** | |
| **要介護度** | **要支援 １・２**  **要介護 １・２・３・４・５** | | **認定有効期間** | **平・令　　年　　月　　日から**  **平・令　　年　　月　　日まで** | | | |
| **事業所番号** |  | | | **購入日（領収日）** | | | |
| **令和　　年　　月　　日** | | | |
| **販売事業者名** |  | | | **過去の同種目品の購入の有無** | | | |
| **有（　　　　　　　　　）・無** | | | |
| **種 目 名** | **商　品　名** | **製造事業者名** | | | **購入金額(円)** | | **支給金額(円)** |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
| **福祉用具が必要な理由** | **別紙理由書のとおり** | | | | **購入金額計** | | **支給金額計** |
| **かほく市長　　様**  **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。**  **令和　　年　　月　　日**  **申請者　　　　　　　　　　　　　　㊞** | | | | | | | |

**（添付書類）１ 領収証（　　原本還付を希望する場合は、チェックしてください。）**

**２ 福祉用具のパンフレット等（コピー可）※該当箇所にマーキング等をしてください。**

**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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座振替依頼欄** |  | | **銀行**  **金庫・組合**  **農協・漁協** |  | | **本店・支店**  **本所・支所**  **出張所** | **預金種類** |
| **普通・当座** |
| **口座番号** |  | | **フリガナ** |  | | |
| **口座名義人** |  | | |

**※支給対象者本人の口座と異なるときは、下記の委任状を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **委任状**  **私は、次の者を代理人と定め、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。**  **申請者（支給対象者本人）　　　　　　　　　　　㊞** | | |
| **代理人** | **氏　名** |  |
| **住　所** | **〒**  **℡　　　（　　　）** |