様式第４号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険居宅介護（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 | | | | | | | | | | 3 | 9 | 2 | 0 | 9 | 2 |  |
|  | 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 生年月日 | 明・大・昭　　　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 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | 円 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | 円 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | 合　　　計 | | | | 円 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 担当ケア  マネジャー | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 土佐清水市長　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。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 注意・この申請書に，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（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 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |