様式第32号(第20条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(　　年　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 性別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目及び商品名) | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼書 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本  支 | | | 店 | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | | | １普通預金  ２当座預金  ３その他 | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名寄市長　　　　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　郵便番号　　　　　　電話番号　　　(　　)  　申請者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　・この申請書の裏面に該当月分の領収証、証明書類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。

　市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険料納付状況 | 領収証確認欄 | 備考 |
| 未納保険料  有・無  滞納保険料  有・無 | 購入金額　　　　　　　　　円×保険給付率　割  支給決定額　　　　　　　　円  要　介護・支援(　　)  認定期間　　　　　　　年　　月　　日  　　　　～　　　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 証明書類確認欄 |
|  |