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 |
| 　 |