様式第４１号

**我孫子市償還払用**

介護保険居宅介護（介護予防）**福祉用具購入費**支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 性別 | 男・女 | 保険者番号 |  | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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販売事業者事業者番号 | 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 |  |
| 我孫子市長　あて　　　　上記のとおり関係書類を添えて（居宅介護・介護予防）福祉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(1) この申請の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。(2) 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 |
| 口座振替依頼書 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　信用金庫　　　　　　　信用組合 | 　　　　　本店　　　　　支店　　　　　出張所 | 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 |  |
|  |
| **※我孫子市記入欄** |
| 保険対象額 | 本人負担額 | 支給決定額 | 備　　　　　考 |
|  |  |  |  |

注意

１ この申請書には、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

２ 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。

３ 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。