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。