|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者  氏　　名 |  | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 　 月 日 | | | | | | | | | | 性　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定（該当に○） | | | 申請中　　要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具　種 目 名 | | | 製造事業者名 | | | | | 販売事業者名 | | | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | |
| 商 品 名 | | | 指定販売店事業者番号 | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | 年  　　月　　日 | | | | | |
|  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | 年  　　月　　日 | | | | | |
|  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | 年  　　月　　日 | | | | | |
|  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）養老町長  　　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 ○　領収証（本人名義のもの）、福祉用具のカタログ（コピー可）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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第11号（第8条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　　行　　名 | 支　店　名 | 預金種目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| 銀行・信用金庫 | 本店 | １　普通 |  |  |  |  |  |  |  |
| 農協・信用組合 | 支店・出張所 | ２　当座 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

* 本人名義以外の口座に振込を希望する場合は委任状（裏面）が必要です。

【町記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要　介　護　度 | | 利 用 | 資　格 | 入 力 日 | 支 給 日 |
| 要支援 | １　２ | 有　・　無  残額　　 　円 | 有 ・ 無 | 月　　日 | 月 　日 |
| 要介護 | １　２　３　４　５ |

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **委　任　状** | | |
| 年　　月　　日  私は、下記のとおり代理人を定め、次の権限を委任します。  養老町での介護保険要介護（要支援）認定期間中における介護保険居宅  介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限  記 | | |
| 委任者  （被保険者） | 氏　名 |  |
| 住　所 | 養老町 |
| 代理人 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |

※　本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、この委任状が必要です。