様式第17号(第19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 |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  | 1 | 1 | 2 | 4 | 6 | 6 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 生年月日 | 年　 　月　 　 日 | 性別 |  |
| 住所 | 〒 　 電話番号 　　(　　 )　 　　 　 |
| 要介護度 |  | 有効期間 | 年 　月 　日～　　年　 月　 日 |
| 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 | 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 | 　 |
| 指定事業者番号 | 　 |
| 事業者電話番号 | 　 |
| 　　　(宛先)白岡市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 |
| 申請者 | 住所氏名 | 電話番号(　　　) |
| 　注 1　 この申請書の裏面に、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。 |
| 　 | 口座振込依頼欄 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　　　 |  |  |  | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |
| 　 |
|  |