介護保険居宅介護特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　（　　）  |
| 特定（介護予防）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 年 月 日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
| 特定（介護予防）福祉用具が必要な理由 | （理　由）（居宅介護（介護予防）支援事業所又は特定（介護予防）福祉用具販売事業所　の名称及び事業者番号）（記載者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　印西市長　　　　　　　　　　様　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護特定（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) １　この申請書の裏面に、領収書及びパンフレット等を添付してください。

　　　 ２　「特定（介護予防）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。

　　　 ３　必要な理由については、原則、居宅介護（介護予防）支援事業所が記入すること。なお、当

　　　　 該事業所との契約を締結していない場合のみ、特定（介護予防）福祉用具販売事業所の記入で

　　　　 も可とする。

　居宅介護特定（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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　行信用金庫組　合 | 本店支店出張所 | 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 |  |