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 | | | |  | | | | | | | | | | |