様式第17号

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 |  | | 被保険者番号 | | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 | | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | 要支援　１　２ | | 要介護　　１　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | 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 | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）新 庄 市 長  　　　　　年　　　月　　　日  　住所 | | | |  | 振込先金融機関名 | | | | | | 銀行  農協  信用組合  信用金庫 | | | | | | | | | |  |
| 本店（所）  支店（所）  出張所 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  |
| フリガナ | | | |  | 金融機関コード | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 氏名 | | | |  | 預金種目 | | | | | | 普通預金 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| （備考）  １．この申請書に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。排泄予測支援機器を購入する場合は、前述に加えて、医学的な所見がわかる書類（主治医意見書など）も添付してください。 | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| ２．ゆうちょ銀行の場合、貯金通帳の「記号―番号」のままでは振込むことができません。  　「振込専用口座」がお判りにならない場合は、余白に「記号―番号」を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給額 | 未納保険料 | 居宅介護（予防）支援事業所届 | 同一年度内購入品目 |
| 円 | 円 | 有　　・　　無 |  |
| 円 | 給付制限 | 支援事業所名 | 同一年度内支給済額 |
| 円 | 有　　・　　無 |  | 円 |