様式第19号(第15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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |
| 被保険者名 | | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)甲州市長  　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  住所  申請者　氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　1　この申請書の裏面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。  　　　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。  　　　3　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)福祉用具購入費を下記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  信用組合  農協 | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | 種目 | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | |
|  | | |  |  | |  |  |  |  | |
| フリガナ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座確認のため原則、通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。  　添付できない場合、代理の者が確認し署名をお願いします。  　　　　　確認事項　　□金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人  以上の事に相違ありません。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |