様式第４０号（第４４条、第６２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 | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 個人番号 | | |  |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | 性別 | 男・女 | | 要介護度 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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  販売事業者名  販売事業者番号 | | | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上三川町長　様  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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （被保険者）氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所記入欄 | | | | 事業所名 |  | | | 担当者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　　　「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

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下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  支所 | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 年　　月　　日 | | 支給決定額 | 円 | |
| 歩行： | | 洗身： | 移動： | | 座位保持： |
| 立位： | | 排泄： | 移乗： | | 麻痺： |