第９号様式(第15条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 要支援1 | | 要支援2 | 要介護1 | | | 要介護2 | | | | 要介護3 | | | | | | | | 要介護4 | | | | | | | 要介護5 | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | 4 | | 6 | | 2 | | 0 | | 6 | | 9 | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | | |  |  | | |  | |  | |  | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(税込み) | | | | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 合計金額 | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）阿久根市長  　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。  　　　　　　年　　月　　日  申請者　住　　所  氏　　名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　居宅介護(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  支所  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 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

注意１　この申請書には、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　口座名義人は、被保険者に限ります。