第２２号様式（第２３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 | | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 購入年月日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護度 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 二本松市長  　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)　この申請書に、①領収書、②福祉用具のパンフレット、③被保険者証の写し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。欄内に記載困難な場合は、裏面に記載してください。  　　　　(3)　福祉用具は、都道府県の指定を受けた事業者から購入してください。指定を受けた事業者から購入した場合のみ福祉用具購入費が支給されます。  　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | 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  2　当座  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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |