様式第25号(第17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  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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| さくら市長　　　　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  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  　　・「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ください。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)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  　公金受受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。  □振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 口座振込依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表面に記載できない場合に記入してください。 | | | | | |
|  | 福祉用具名 | 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 |
| (福祉用具が必要な理由) | | | |
| 表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、委任状が必要となりますので、下欄に記載してください。 | | | | | |
|  | 委任状  　さくら市長　様  住所  氏名  　私は、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を、次の者に委任します。  　代理受領人　住所  　　　　　　　氏名 | | | |  |
|  | | | | | |