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 | 　 |
| 　 |