第２号様式

韮崎市介護保険居宅介護（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 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 | | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援・要介護認定状況 | 要支援　１　２　・　要介護　１　　２　　３　　４　　５  （有効期限　　　年　　　月　　　日　～　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | 負担割合 | | | | | | |
| 割 | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目・商品名） | | | 製造事業者名 | 販売事業者名 | | 購入金額（税込） | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）　韮崎市長  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償還払いにて申請します。    　　　年　　　月　　　日  　申請者　　住　　所  （委任者）  　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 金融機関 |  | 支店名 |  | | 預金種目 | 当　　座　　・　　普　　通　　・　　その他 | | | | 口座番号 |  | | | | フリガナ |  | | | | 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | ①　購入した福祉用具の金額が分かる書類及びカタログ等の写し  ②　領収書（購入費全額）③　居宅サービス計画書の写し  ④　委任状（被保険者と申請者が異なる場合） | | | | | | | | | | | | | | | |