様式第３０号（第３１条関係）

**介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　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  販売業者名 | | 購入金額 | | | | | 購入日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訓子府町長　様  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。  　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　申請者　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・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。

　　・「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（支援）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 | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給金額  計　　算 | 支払金額  合　　計 | 円 | 算出根拠 |  | 支給金額 | 円 |
| 区分 | １　新規  ２　再申請  　機能　破損　介護　その他 | | 領収証  確認欄 |  | 添付書類 | ・パンフレット  ・用具の概要 |

様式第３０号（第３１条関係）

**介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書（受領委任用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訓子府町長　様  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。  　　また、上記請求に基づく給付金を下記の者に委任します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　申請者　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の氏名  及び事業者名 | | （事業者名） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・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。

　　・「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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給金額  計　　算 | 支払金額  合　　計 | 円 | 算出根拠 |  | 支給金額 | 円 |
| 区分 | １　新規  ２　再申請  　機能　破損　介護　その他 | | 領収証  確認欄 |  | 添付書類 | ・パンフレット  ・用具の概要 |