別記様式第２１号（第１６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 | | | | |  | | | ２ | | | | ５ | | | | | ２ | | | ０ | | | | | ４ | | | ９ | | |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
| 個人番号 | |  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　年　　 月　　 日 | | 性　　　別 | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

近江八幡市長　　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

　　申請者　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　電話番号

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  　農業協同組合 | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | 口 座 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

注）　１　この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット、利用計画書を添付してください。

２　「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の福祉用具ごとに記入してください。欄内に記入が

困難な場合は、裏面に記入してください。

　上記のとおり福祉用具を必要と認めます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  | 介護支援専門員名 | ㊞ |

委任状

介護保険給付費（償還払い）の支給（受け取りを含む）にかかる一連の行為を

下記のとおり委任します。

（被保険者）

委任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（申請者・口座名義人）

受任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

被保険者との続柄