様式第18号（第29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

※市確認欄

|  |
| --- |
| 管理番号 |
|  |
| 宛名コード |
|  |
| 介護度 |
| 介1・2・3・4・5支1・2申請中 |
| 認定期間 |
| 認定　 　・　 ・ |
| 期限　　 ・　 ・ |
| 保険料納付 |
| 未納有・未納無 |
| 負担割合 |
| （　　　）割 |
| 区分 |
| 在宅・施設・入院退所(院)日* ・
 |
| 過去利用 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 生　 | 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　 |
|  |  |
| 　恵那市長　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）　　　１　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。　　　２　「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）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行・農協信用金庫信用組合労働金庫 | 店　 | 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 |  |