**介護保険　居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  | 1 | 5 | 3 | 8 | 5 | 8 |
| 被保険者氏名 |  |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 大・昭 　　年　 　月　 　日生 | 性 別 | 男　・　女 |
|  | 〒 |
| 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 |  |
| 　阿賀町長 　宛 　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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　　　　　　　　　　　　　　　　 この申請により支給される給付費の受領を下記の者に委任します。 　委 任 者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（本人自署の場合は押印不要） 　代理受領者 氏名 （続柄 ）　 （口座名義人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |

・領収書、福祉用具のパンフレットの写し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。

居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依 頼 欄 | 銀行金庫組合 | 本　店支　店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １ 普通２ 当座３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |