**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 | | | |  | | | | | | | | | | |