第１号様式（第３条関係）

|  |
| --- |
| 香芝市介護保険居宅介護（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 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護認定(該当に○) | 要支援 | 要介護 | 申請中 |
| １・２ | １・２・３・４・５ |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　―　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－　　　　 |
| 福祉用具名（種目及び商品名） |  |  |  |
| 製造事業者名 |  |  |  |
| 販売事業者名（指定事業者番号） | （　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） |
| 購入金額 | 円 | 円 | 円 |
| 購入日 | 　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 入所(院)期間 | 　　　年　　月　　日(入所(院)日)～　　　年　　月　　日(退所(院)日) |
| 　香芝市長　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(被保険者) | 住所氏名電話番号（　　　　）　　－　　　　 |
| （注）１　この申請書に、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、任意の様式で記載してください。 |
| 　　香芝市介護保険居宅介護（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。 |
| 振込先金融機関名 | 銀行　信金農協　信組 | 支店 |  | 受付年月日 |
|  |
| 口座種別 | １．普通２．当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 口座名義人 |  |