**介護保険　 □居宅介護□介護予防 福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 4 | 6 | 2 | 2 | 2 | 6 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個　人　番　号 | 　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　　　　　　年　　 　　月　 　　日生 | 性　　別 | 男・ 女 | 利用者負担割合 | 割　　 　 |
| 住　　所 | 〒　　　　－　奄美市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 支　給　履　歴　　　　　　 | 有　　・　　無　 | 【年度内既購入額】　　　　　　　　　　　　　円　【既購入商品名】 |
| 福祉用具の種目名及び商品名 | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購　入　年　月　日 |
| (種　目) | （製造者） | 円 | 令和　　　　年　　　月　　　　日 |
| (商品名) | （販売者） |
| (種　目) | （製造者） | 円 | 令和　　　　年　　　月　　　　日 |
| (商品名) | （販売者） |
| (種　目) | （製造者） | 円 | 令和　　　　年　　　月　　　　日 |
| (商品名) | （販売者） |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 奄　美　市　長　　　殿上記のとおり，関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。~~発~~　　　　令和　　　年　　　　　月　　　　　日 住所　　〒　　　　　　　　　　　　　　奄美市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**注意**　　　・この申請書に，**「ケアプランまたは福祉用具購入理由書」，「納品書」，「領収書」及び「福祉用具のパンフレット等」**を添付して提出してください。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は，裏面に記載して下さい。

支給決定された福祉用具購入費は，下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄（申請被保険者本人の口座） | 銀行 | 本店 | 種　　目 | 口　　座　　番　　号 |
| 信用金庫 | 支店 |
| 組合 | 出張所 | 1　普通預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード | 2　当座預金 |
|  |  |  |  |  |  |  | 3　その他 |
| フ リ ガ ナ |  |
| 口座名義人 |  |

※市処理欄

|  |
| --- |
| 要支援（　1　・　2　）要介護（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）　　令和　　　　年　　　月　　　日　~　　　令和　　　　年 　　　月　　　日 |
| 上記の支給申請について決定してよろしいか。□　認める…支給決定額　　　　　　　　　円□　認めない…理由 　　　　　　　　　　　　　　　決裁　令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 担　当 |
|  |  |  |  |