|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話　　　（　　　）　　　　　　 |
| 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 |
| 住所氏名　　　　　　　　　　㊞ |  | 円 | 　　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　中野市長　　　　　あて　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　　　　　　　　　　住所氏名印　　　　　　　　　　電話　　　　（　　）　　　　 |
| （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 | 金融機関名 | 支店等名 | 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 |  |
|  |
|  |