様式第35号の6（第29条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)特定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 | | | |  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資　格 |  | | | | | 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 野洲市長　　　　様  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）特定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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に福祉用具が必要な理由を記載し、領収書、販売事業所が発行した証明書、購入した福祉用具のパンフレット等概要がわかる書類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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。また、記載者が介護支援専門員でない時は所有している資格を記入してください。

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |