|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 担　任 | 係　長 | 課　長 | |

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書　(　　年　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (宛先)川崎市　　区長  　　次のとおり関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 申請者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 |  | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　(　 　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　(　 　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 特定(介護予防)福祉用具の種目　(商品名)  該当する番号に○印を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | | | | |
| 販売事業者名 | | 購入日 | | | | | | | |
| 1 | 1　腰掛便座　2　自動排せつ処理装置の交換可能部品  3　排せつ予測支援機器　4　入浴補助用具　5　簡易浴槽  6　移動用リフトのつり具の部分　7　スロープ　8　歩行器  9　歩行補助つえ  商品名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  | 円 |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1　腰掛便座　2　自動排せつ処理装置の交換可能部品  3　排せつ予測支援機器　4　入浴補助用具　5　簡易浴槽  6　移動用リフトのつり具の部分　7　スロープ　8　歩行器  9　歩行補助つえ  商品名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  | 円 |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | 円 | | |  | | | 別紙 | | | | 有 | | |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |

　　次のとおり口座振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | |  | 本店支店  出張所 | | | 種目 | 1　普通  2　当座 | | 口座  番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | |  | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店  コード |  |  |  | 口座名義人 | | (氏) | | | | (名) | | | | | |

　　※口座名義人が被保険者でない場合は、次の委任状に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 上記居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。  委任者(被保険者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者(口座名義人)  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

注　太枠内のみ記入してください。

