|  |
| --- |
| 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 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 住　　　所 | 〒 | 285- |  |
|  |
| 電話番号 |  | （ |  | ） |  |
| 福 祉 用 具 名（種目名及び商品名） | 製造事業者及び販売事業者名 | 購入金額 | 購　　入　　日 |
| アイテムを選択してください。 |  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 　　 |  | 　 | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 　　 |  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| （宛先）佐倉市長　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。 |
| 　令和　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所 |  |
| 電話番号 |  | （ |  | ） |  |
| 氏名印 |  |  |
| 注意・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。　　・「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。 |
| 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。□公金受取口座を利用する(償還払いでマイナポータル登録済みの方が指定できます)□以下の口座を利用する |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 |  | 銀行信用金庫信用組合 |  | 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 |  |
|  |  |
|  | 福祉用具販売事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

佐倉市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認者 | *番号確認* | 番号 | 通知 | 住民票 | 住・Ｐ・Ａ | 領収証返却 | 済　　・　　未 |
|  | *身元確認* | 運免・障手 | 介保・健保・負割・後保 | 他(　　 ) | 支給額 |  |
| *代理権* | 戸籍・証明 | 委任・介保 | 他(　　　　　　　 ) |  |
| 備考 |  |
| *代理身元* | 番号 | 運免 | 居専 | 他(　　 ) |  |