様式第８号（第13条、第23条関係）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

　　　　　　年　　月　　日

（あて先）掛川市長

住　　所

申請者 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　次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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （フリガナ）  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 | 掛川市 | | | | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
|  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 性　　　　　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具品  （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 | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | |

　（注）

　　１　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の欄については、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 口座振込  依頼欄 | 銀　　行　　　　本　店  信用金庫 支　店  協同組合　　 出張所 | | | | | | | 種　　目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | １　普通預金  ２　当座預金  ３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人  (カタカナで記入) | | |  | | | | | | | | | | | |

　　市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入時の要介護度 | 支１・支２  １・２・３・４・５ | 履　　　歴 | 購入年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 認定期間 | ～ | 購　入　額 | 円 | | |
| 給付制限 | □ 有　　□ 無 | 残　　　高 | 円 | | |
| 給付割合 | 割 | 購入種目 |  | 受付者 |  |
| 支給対象金額 | 円 |
| 支給金額 | 円 |