様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |
|  | | | | |
| 被保険者番号 | |  | |  | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
|  |  |
|  | | 年　　月　　日 | | | | | 性　別 | 男　　･　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名及び  製造事業者 | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者名及び  事業者番号 | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額①  ※限度額は１０万円 | | | 円 | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 購　入　日 | | | 年　 月 　日 | | 年　 月 　日 | | | | | | | 年　 月 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 常陸太田市長　殿  　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及び受領委任払い  による申請をします。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 住　所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　）  氏　名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 口　座  振込先 | 金融機関名 | | | | 支店名 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | | |  | | | |  | | | | １．普通預金  ２．定期預金  ３．その他 |  |  |  |  |  |  |  | | 金融機関コード | | | | 支店コード | | | |  |  |  |  |  |  |  | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |
| 注意・　この申請書に，領収書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，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，別紙にて添付してください。  市記入欄  市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保険料納付状況 | | | | 購入金額① | | 自己負担額②  （①×0.1又は0.2） | | | | | | | 事業者支給額  （①－②） | | | | | | | | | | | | | |
| 未納保険料（有・無）  　滞納保険料（有・無） | | | | 円 | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |