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 |
|  |