**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 |  | | | |  | | | |  | |  |  |  | ０ | ８ | ２ | ０ | ２ | ４ |
|  |  | | | | 被保険者番号 | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | 個人番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 日立市　　　　　　　町　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | | | | 製造事業者名及び販売事業者名 | | | | | | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | |
| 種目 | | | 商品名 | 製造事業者名 | | 販売事業者名 | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | 円 | | | | 年 　月　 日 | | | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | 円 | | | | 年 　月 　日 | | | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | 円 | | | | 年 　月 　日 | | | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | 円 | | | | 年 　月 　日 | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  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。  　日立市長　殿    　　　申請者　　　住所 （〒　　　　‐　　　　）  　　（被保険者）　　　　日立市　　　　　　町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）  　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**【受領方法】次のいずれかの受領方法を選び、□にチェックをしてください。**

**□　介護保険居宅介護（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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 | 金融機関名 | 店舗名 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 銀　　行  信用金庫  信用組合 | **出張所** | 1普通預金  2当座預金  3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

**□　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を現金で受け取ります。**

**（現金受け取り窓口：市役所会計課・各支所（　　　　　　　　　　支所））**

※市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生保受給 | 領収書 | パンフレット | 購入理由 | 受領委任払 | | 償還払 |
| 明細書 | 同意書 | 明細書 |
| 有・無 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 備考 |  | | | | | |