|  |  |
| --- | --- |
| 償　還　払 | 受領委任払 |

居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 保険者番号 | ０４４４５３ | |
| 被保険者氏名 |  | | | | 被保険者番号 |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | 性　　　　別 | 男　 ・ 　女 | |
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　 　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | |
| 福祉用具名  （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 | |  | | | | | |
| ケアマネージャー | | （電話番号　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 加美町長　 様  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  　　　　　　年　　 月　　 日  　　　　　　　住　所  　　申 請 者  　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　 　 　　　電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | |

＊注意　・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　　　・「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下さい。

　　　　　欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

・受領委任払いによる支給を希望される場合は、町に事業者登録をしている販売店でお買い求め下さい。

・受領委任払いによる支給は、事業者に支給することによって申請者に支給したものとみなします。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依　 頼 　欄 | 銀　 行  農　 協  信用組合 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | 種目 | | | １．普通預金  ２．当座預金  ９．そ の 他 | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 口座番号 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

※受領委任払いによる福祉用具購入の場合には口座振込依頼欄は記入不要です。