様式第１２号(第1３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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 保険者番号 |  | | | | | | 442087 | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | |
| 被保険者番号 |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | 要介護状態等区分 | 要支援（　　　　）  要介護（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 竹田市長　　様  　　上記のとおり関係書類を添えて介護保険(居宅介護・介護予防)福祉用具購入費の支給申請をします。  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意・この申請書の裏面に、領収証及び対象特定福祉用具・特定介護予防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。

　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込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1普通預金  2当座預金  3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

竹田市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度区分 | 支給限度残額 | 福祉用具購入費 | | 給付制限 | | |
| 要支援  要介護 |  |  | | 無  　　有(　　　　　　割) | | |
| 支給決定額 |  | | | | | |
|  | | 申請登録 | | 審査 | 結果登録 |
|  |  | |  |  |