様式第11号(第23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 | | | | 四国中央市 | | | | | 3 | 8 | 2 | 1 | 3 | 5 |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 性別 | | | | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 |  | | 有効期間 | | | | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | １．下記申請者住所に同じ  ２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けた特定(介護予防)福祉用具販売事業者以外から購入した福祉用具は支給対象になりませんのでご注意ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号  販売事業者名 | | 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | |
|  | |  | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | |  | | 介護支援専門員氏名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 四 国 中 央 市 長　　　　様  　　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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　住所  　申請者  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　□領収証　□福祉用具パンフレット等

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取  口座 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  □振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | 指定金融機関 | 銀行  信用金庫  組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | １ |  |  | |  | ０ |  | 口座番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※市記入欄(記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ　支給限度　基準額 | B 同年度内支給済の支給対象額総額 | Ｃ Ａ－Ｂ | Ｄ　今回の支給対象額 | C又はDの少ない方の額×  (90％、80％又は70％) | 支給決定額 |
| 100,000 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ■　支給対象額＝支給額×(100／90、100／80又は100／70) | | | | | |
| ※市記入欄(記入しないでください。) | | | | | |