様式第31号

**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 |  | | | | 被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 比布町長　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。  　　　年　　　月　　　日  　　　　住　所  申請者  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　℡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　・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。

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ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | | 本店  支店 | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |