様式32号(第31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  被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | 0 | | | 8 | | 2 | | 1 | | | 1 | | | 5 | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常 総 市 長 殿  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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証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、別紙「福祉用具購入理由書」に個々の用具ごとに記載して下さい。  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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 振 込  依　頼　欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種　目 | | 口　　座　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | |  |  | |  | |  |  |  | | |
| フリガナ  被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |