**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | |  | | | 保険者番号 | | 苫小牧市 | | | | | | | | | ０ | | | １ | | ２ | | １ | | ３ | | ８ | |
|  | | |
| 被保険者番号 | | ０ | | ０ | | | ０ | | ０ | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 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  （種目別及び商品名） | | | 製造事業者名 | 販売事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | 市記入欄  (支給額) | | | | | |
| １ |  | |  |  | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ２ |  | |  |  | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ３ |  | |  |  | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ４ |  | |  |  | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ５ |  | |  |  | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 購入金額合計 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | 1．居宅サービス計画書(ケアプラン)のとおり   1. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 苫小牧市長　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　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 電話番号  　　　　　　　　　 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　１．特定福祉用具の購入に係る領収書

　　　 　　２．特定福祉用具のパンフレット・その他用具の概要を記載した書面

　　　 　　３．居宅サービス計画(ケアプラン)を作成されている方はそのコピー

上記の購入費を下記の口座に振り込んでください。　　　 　※被保険者本人の口座に限ります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 信用金庫 組合  銀行 | | | | | 本店 出張所  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 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

※苫小牧市記載欄 （ｶｰﾄﾞ確認・職権記載） 支出決定時介護度 支 1 ･ 2 介 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 ･ 5

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払金額合計  円 | | 今年度支給済額  円 | 支給限度額  円 | 給付制限(給付率)  無　・　有 | | 支給額  円 |
| 上記のとおり支給額を決定し、申請者に通知してよろしいか。 | | | | | 受　付　印 | |
| 決裁  ・  　・ | 課　長　　　課長補佐　　　係　長　　　主　査　　　係　　　　合　議 | | | |  | |