様式第16号(第24条関係)

介護保険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 | | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名(福祉用具の種目) | | | 購入先 | | 購入額 | | | | | | 購入年月日 | | | | | | | |
| (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |  | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |  | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |  | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 購入額合計 | | 円(領収証の額) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | 居宅サービス計画書の添付があれば不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 塩竈市長　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  　申請者氏名  　　　　　住所  　　　　　電話　　　　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　添付する書類　　□　領収証　　　　　　　　□　購入する福祉用具のパンフレット等

　□公金受取口座を利用します。（事前にマイナポータルから登録が必要です。チェックをした場合、振込先口座の記入は不要です。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行・金庫  漁協・農協 | 本店  支店 | | | | 種別 | | | | | | 普通・当座 | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| ゆうちょ銀行の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | | 店 | | | 種別 | | | | | | 普通・当座 | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| ゆうちょ銀行の店名や口座番号が不明の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通帳番号 | | | | | | | 通帳番号(右詰めでご記入ください) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | の |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |
| (フリガナ) | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| ※口座の名義は通帳どおりに正確に記入してください。間違いがあると支給が遅れる場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【口座名義人又は窓口受領者が本人以外の場合】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 私は、上記(居宅介護・介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の受任者に委任します。 | | |
| 委任者  　氏名 | 受任者  氏名  住所 | 電話番号  ―　　　　― |