様式第32号(第20条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  　(申請者) |  | | | 被保険者番号 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 印 | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 東松島市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | 製造事業者名 | 購入金額 | | | 福祉用具が必要な理由  ※□にチェックをつけて下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | 購入日 | | |
|  | |  | 円 | | | □　裏面記載理由のとおり  □　ケアプラン(写)のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | |
|  | |  | 円 | | | □　裏面記載理由のとおり  □　ケアプラン(写)のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | |
|  | |  | 円 | | | □　裏面記載理由のとおり  □　ケアプラン(写)のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | |
| 東松島市長　　　　様  　　　　　　年　　月　　日 | | | 認定状況 | | □　要支援(1・2)  □　要介護(1・2・3・4・5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　※福祉用具が必要な理由については、裏面に購入理由を記載するかケアプランの写しを添付するかを選択してください。

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ください。

　被保険者本人の口座を記入してください。被保険者本人以外の口座を指定する場合、下記の委任状も記入してください。

|  |
| --- |
| 委任状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  (委任者)住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印  　　下記の者を私の代理人と定め、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関して委任します。  (代理人)住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印  　※本人との関係(　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼書 | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | | | | 本店  支店 | | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

　保険者記入欄(以下は記入しないで下さい。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 書類等確認欄 | □　領収書  □　パンフレット等確認物  □　購入理由(裏面理由書・ケアプラン)  □　都道府県指定販売事業者 |  | 年度内購入状況 | 有・無 | |
| ※有の場合下記項目確認 | |
| 購入種目 |  |
| 支給金額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 購入費用 | 対象費用 | 支給決定額 | 保険料納付状況 |
| 円 | 円 | 円 | 未納保険料(有・無)  滞納保険料(有・無) |

(裏)

|  |
| --- |
| 領収書のり付け箇所 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具が必要な理由(複数購入した場合は個々の用具ごとに記載してください。) | | |
| 福祉用具名 | 記載者 | 理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |