第10号様式(第11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兼請求書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　月　日生 | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | 要介護  要支援 | | | | | | | |  | | | | | |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 湧水町長　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記金額の受領を | 住所  氏名 | に委任します。 |

委任者(被保険者)氏名