|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具名  （種目及び商品名） | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | 購入年月日 | 購　入　金　額 | | | | | |
|  | |  | 令和　　年  月 日 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 購入先事業所番号 | |  | **←**必ず記入してください。 | | | | | | |
|  | |  | 令和　　年  月 日 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 購入先事業所番号 | |  | **←**必ず記入してください。 | | | | | | |
|  | |  | 令和　　年  月 日 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 購入先事業所番号 | |  | **←**必ず記入してください。 | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | 合計額 |  |  |  |  |  |  |
| 北広島町長　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。  　令和　　年　　月　　日  　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）　　－ | | | | | | | | | |

**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 |  | 保険者番号 | 被保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| ３４３６９９ | 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治  大正　　　　　　　年　　　　月 　　　　日  昭和 | | 性　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | ７３１-　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　）　　　－  北広島町 | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意・この申請書に、領収書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。

|  |  |
| --- | --- |
| ●**委　任　状**＊振込先口座が本人以外の場合はご記入・押印ください。 | |
| 委任者（本人）  住所　北広島町    氏名    私は福祉用具購入費の受領に関する権限を右記の者に  委任します。 | 受任者（本人との関係　　　　　　　　　　　　　）  住所    氏名    　委任を受けた北広島町からの支払金について、下記の金融  　機関の預金口座に振り替えてください。 |

　　　　欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振  込  先 | 金融機関 | | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | 本店  支店 | 普  当 | （フリガナ） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定額（保険者記入欄） | | | | | |  | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |