様式第２１号（第２１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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  | | | 1 | | 1 | 3 | | | ２ | ６ | | 6 | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  | |
| 個人番号 | | | | | | | | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | 男　・　 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福　祉　用　具　名  （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名、  販売事業名及び事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日※2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種目名 | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | 販売事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | |
| 種目名 | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | 販売事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | |
| 種目名 | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | 販売事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | | |  | |
| 福祉用具が  必要な理由※3 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毛呂山町長　あて  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※4　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （被保険者）　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考  1　この申請書に、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。  2　購入日が領収証の日付と異なる場合は、契約書等の契約日が確認できる書類を添付してください。  3　「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。なお、特定福祉用具販売計画を添付した場合は、省略可とします。  4　被保険者が死亡した場合、相続人を申請者として申請してください。  5　申請書提出後に公金受取口座を変更した場合、すぐに反映されない場合がありますので、ご了承ください。  居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取口座 | 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）※５  　　公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。  　振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依 頼 欄 | 金融機関 | | |  | | | | | | | | | | | | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | | |
| 金融機関  コード | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | － | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 預金種別 | | | 普　通　当　座  その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |