第16号様式(第8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 | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 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 | | 〒　　　―    電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護状態区分等 | | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　経過的要介護　要支援状態区分　　1　　2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 有効期間 | | 年　　月　　日  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | | | | 製造事業者及び販売事業者名 | | | | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)羽島市長  　　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　・「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。  　　　　・添付書類（領収書、福祉用具のパンフレット）  　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。  ⑴　□　以下の口座を利用する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 口座振込依頼欄 | | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承諾書(被保険者と口座名義人が違う場合) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)　羽島市長  　　上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。  被保険者氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑵　□　公金受取口座を利用する。（この場合は、上記の口座振込依頼欄の記入は不要です。）  　　　※口座情報の反映には登録から数日を要します。また、被保険者と口座名義人が違う場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |