第10号様式（第12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 | 年　　月　　日 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目及び商品名） | | 製造事業者名 | 購入金額 | | | | 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | 購入日 | | | |
| （種目名）  （商品名） | |  | 円 | | | |  | | | | | | | | | |
| (指定事業者番号) | 年　　月　　日 | | | |
|  |
| （種目名）  （商品名） | |  | 円 | | | |  | | | | | | | | | |
| (指定事業者番号) | 年　　月　　日 | | | |
|  |
| （種目名）  （商品名） | |  | 円 | | | |  | | | | | | | | | |
| (指定事業者番号) | 年　　月　　日 | | | |
|  |
| 南九州市長　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　　南九州市  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

・この申請書に，領収書（内訳のわかるもの）及び福祉用具のパンフレットを添付してください。

・対象となる福祉用具を複数購入した場合は，「福祉用具が必要な理由」についても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裏面に記載してください。なお，居宅介護・介護予防サービス計画（ケアプラン）に当該福祉用具が必要である旨が記載されている場合は，「福祉用具が必要な理由」の記載は必要ありません。申請時にケアプランを持参してください。

**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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行・農　　協  信用金庫・信用組合 | | | | | 本・支店  出張所 | | | 種別 | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 資格・認定状況 | | □１号　□２号 | □要支援（　　）　□経過的要介護　□要介護（　　） | | |
| 保険料納付状況 | | 未納保険料（ 有 ・ 無 ）　滞納保険料（ 有・無 ） | | | |
| 添付書類確認 | | □領収証　□ケアプラン　□パンフレット　□確認物（　　　　　　　　　　） | | | |
| 備考 | 今年度購入の福祉用具　　　　　　円・なし  （　　　　　　　　　　　　）  今回支給額　　　　　　　　×　　＝ | | | 今回支給額 | 担当印 |
|  |  |