様式第9号（第12条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護福祉用具購入費 | 支給申請書 |
| 介護予防福祉用具購入費 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フ リ ガ ナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　　　別 |  |
| 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 |  |
| 宇多津町長　殿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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏 名　　　　　　　　　　　　印 |

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 | 本店支店 | 種 目 | 口　座　番　号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | １　普通預金２　当座預金３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 口 座 名 義 人 |  |

備考　１　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　福祉用具が必要な理由の欄については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙理由書を添付してください。