様式第１６号（第２７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 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 | 男　　　　　　　　　女 |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | 要介護度状態区分 | 要　支　援　　　　1　　　　2 |
| 負　担　割　合 | １割　　・　　２割　　・　　３割 | 要　介　護　　　　1　　　　2　　　　3　　　　4　　　　5 |
| 指定販売事業所名 |  | 指定販売事業者番号 | 　 |
| 介　護　支　援専門員の確認 |  | 福祉用具専門相談員の確認 |  |
| 福　祉　用　具種　　目　　名 | □　腰掛便座　　　　□　入浴補助用具　　　　　□　その他（　種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福　祉　用　具商　　品　　名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日　　 | 　　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 購入金額 | 円 |
| 福　祉　用　具種　　　目　　　名 | □　腰掛便座　　　　□　入浴補助用具　　　　　□　その他（　種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福　祉　用　具商　　　品　　　名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日 | 　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 購入金額 | 円 |
| 福　祉　用　具　　　種　　目　　名 | □　腰掛便座　　　　□　入浴補助用具　　　　　□　その他（　種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福　祉　用　具種　　　目　　　名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日 | 　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 購入金額 | 円 |
| 合　　計　　金　　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　（利用者負担額を除いた金額が支給されます。） |
| 岬町長　宛　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　　泉南郡岬町申請者　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　　―　　　　 |

**※上記の介護給付費を下記の口座に振り込んでください。なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生ずることについて異議はありません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 | 口座名義（カナ） |
| 銀行農協信用金庫 | 支店本店出張所 | □　普通（通常）□　当座□　貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【注意】**被保険者本人の口座に限ります。本人の口座がない場合、原則として同居の家族の口座を指定いただけますが

**委任状が必要**となります。

**（添付書類）　　□　領収書　（原本）　　□　福祉用具サービス計画書　　□　福祉用具のパンフレット**

**※処理欄（以下は記入しないでください）**

（受付番号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 受領 |  | 資料 |  | 理由等 |  | 制限 |  | 入力確認 | 申請 |  | 決定 |  |