|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 0 | 3 | 2 | 0 | 6 | 0 |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 要介護度 | 要支援１　要支援２　　要介護１　　２　　３　　４　　５ |
| 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 |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和 年 月 日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和 年 月 日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和 年 月 日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
|  | 購　入　金　額　合　計 | 　　　　　　　　円 |
| 利用者負担の割合 | 　　　　　　　　割 |
| 福祉用具が必要な理由 | （居宅サービス計画を添付し、その計画の記載内容により必要な理由が明らかである場合は、記入不要） |
| 　北上市長　様　上記のとおり、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　　日住所申請者氏名（被保険者） |

**注意・**この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。**・**「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。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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行金庫組合 | 本　店支店（所）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 |  |
|  |

 |

※処理欄（記入不要）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考 |  | 今年度支給済額 | 　　　　　　円 | 受付 |  |
| 保険料納付自己負担減免 | 未納　有　　無減免　有　　無 |

**注意事項**

この承認願書のほかに、次の書類を添付してください。

１　領収書

２　購入用具のパンフレット

（排泄予測支援機器を購入する場合の追加提出）

３　医学的な所見が分かる書類

４　排泄予測支援機器確認調書