様式第34号（第23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 |  | | 個人番号 | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | | 性別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 要介護 | １・２・３・４・５ | | | | 要支援 | | | | | | | １・２ | | | | | | |
| 福祉用具種目 | | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | |
| 福祉用具商品名 | | 販売事業者名 | |
|  | |  | | 円 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | |  | |
|  | |  | | 円 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | |  | |
| 支給申請金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都城市長　　　　宛て  　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  　申請者　　住所    　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | 支店 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 普通預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

　　※上記の振込口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の記入が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 委  任  状 | 都城市長　宛て  私は都城市から支払われる居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の者に委任します。  委任払で申請した場合記入してください。  　　年　　　月　　　日  委任者(被保険者)　　住所  　　　　　　　　　　氏名  受任者　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 副主幹 | 担当 |
|  |  |  |  |

事業所名・担当者

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　資格区分　　　　１号　　　２号　　　）

（　利用者負担　　　１割　　　２割　　　３割　　）