様式第34号（第23条関係）

**記載例**

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 | カイゴ　タロウ | | 被保険者番号 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 被保険者氏名 | 介護　太郎 | | 個人番号 | | 9 | | 8 | | 7 | 6 | 5 | 4 | | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 |
| 生年月日 | 昭和○年○月○日 | | 性別 | | | | | 男　・　女  ※購入日時点の介護度を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒○○-○○都城市姫城町6街区21号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 腰掛便座 | | ○○○○ | | 20,000円 | | | | | | | | | 3 年　4　月　10　日 | | | | | | |
| ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ××-△△ | | ㈱○○○ | |
| 入浴補助用具 | | ○○○○ | | 20,000円 | | | | | | | | | 3 年　4　月　10　日 | | | | | | |
| 折りたたみｼｬﾜｰﾍﾞﾝﾁ | | ㈱○○○ | |
| 支給申請金額 | | 36,000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  ※日付は記載しないでください。  署名の場合は押印不要です。  記名の場合は押印（スタンプ印は不可）が必要です。  　申請者　　住所　都城市姫城町１番地    　　　　　　氏名　　　介護　太郎　　　　　　　　　　　　　　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 | | | 償還払（被保険者が全額支払）の場合：被保険者の口座情報  委任払（被保険者が自己負担分のみ支払）の場合：販売業者の口座情報 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

　　※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、記入ください  署名の場合は押印不要です。  記名の場合は押印（スタンプ印は不可）が必要です。  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　都城市姫城町１番地    　　　　　　　　　　氏名　介護　太郎  受任者　　　　　　　住所  ※法人印または会社印＋個人印を押印ください。  　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

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

事業所名・担当者

書類を持参した方の所属事業所名と氏名を記入ください。

（居宅介護支援事業所　　　　都城　太郎　）

（　資格区分　　　　１号　　　２号　　　）

（　利用者負担　　　１割　　　２割　　　３割　　）