別記様式5－10

介護保険福祉用具購入費支給申請書

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | フリガナ | 　 | 保険者番号 | 　 | 013342 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒049-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 | 　 |
| 　　木古内町長　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　申請者 | 住所　　木古内町字氏名　　　　　　　　 印 | 電話番号 |
| 　注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。　　　・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。　居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 銀行　　　　　　　本店　信用金庫　　　　　支店　農業・漁業協同組合　　　 | 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 | 　 |
| 　 |