様式第13号(第15条関係)

**介護保険居宅介護（支援）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 | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 被保険者  番　　号 | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 生　年　月　日 | | | 明・大・昭　　年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | 性　　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | | 〒    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （種目名及び商品名） | | | | | 製造事業者名及び | | | | | | 購　入　金　額 | | | | | 購　入　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | 円 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南阿蘇村長　　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。  令和 　　年 　　月　　 日  　　　　　住　所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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   　　困難の場合は、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 込  依　頼　欄 | 銀　　行  　　　　信用金庫  　　　　信用組合 | | | | | | | | 本　店  支　店  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 | | | | |
|  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義人 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |