様式第23号(第23条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護(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 | | | | |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | 性別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | | | 製造事業者名び販売事者名 | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 魚沼市長　　　　様  　上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。  　　　　　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(予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | 銀行  　　　　農業協同組合  　　　　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 | | | |
|  | |  |  | | |  |  |  | |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第23号(第23条関係)

**記　　入　　例**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | | **ウオヌマ　タロウ** | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | **１** | | **５** | | **２** | | **２** | | **５** | | **６** |  |
| **魚沼　太郎** | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | **０** | **０** | **０** | | **１** | | **２** | | **３** | | **４** | | **５** | | **６** | | **７** |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | **個人番号は不要です** | |  | |  |
| 生年月日 | | **昭和〇**年　**〇**月　**〇**日生 | | | | | | | | 性別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | **〒946-8601**  **魚沼市小出島910番地**　　　　　　　電話番号　　**792-9755** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | | | 製造事業者名び販売事者名 | | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **○○浴槽台** | | | | | **○○株式会社**  **△△株式会社** | | | | | **２０，０００円** | | | | | | **令和〇年〇月〇日** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | **○○〇により、浴槽への出入りが困難なため。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 魚沼市長　　　　様  　上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。  **令和　〇**年　**〇**月　**〇**日  　住所　　**魚沼市小出島910番地**  申請者　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号**792-9755**  氏名　　**魚沼　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | 銀行  **魚沼**　農業協同組合  　　　　信用組合 | | | | | | | 本店  **魚沼**　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 | | | | | | **１** | | **２** | | **３** | | **４** | | **５** | | **６** | | **７** | |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | |
| **７** | | **６** | **５** | | | **４** | **３** | **２** | | **１** |
| フリガナ  口座名義人 | | | | | **ウオヌマ　タロウ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **魚沼　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人については、原則として被保険者本人の口座を記入していただきますが、入金する  口座がない場合は、欄外に、**「上記の口座に入金することを承諾します。被保険者氏名 」**とし、家族等の口座を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |