様式第32号(第19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 | 　 |
| 　　湧別町長　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 |
| 　　申請者 | 住所電話番号氏名 |
| 　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)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |  |
| 　 |
|  | * 公金受取口座を利用します（給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金

　　　　　　　　　　　　　受取口座を利用する場合は、チェックしてください） |  |
| 　 |