

石狩市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|------------|--------|-----|-----|----------|--------|--|--|--------|-------|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | |
| 負担割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具商品名 | 種類名 | | | 製造事業者名 | | | | 販売事業者名 | | | | | | |
| 購入金額 | | | 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具商品名 | 種類名 | | | 製造事業者名 | | | | 販売事業者名 | | | | | | |
| 購入金額 | | | 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援事業所等名称 | | | | 電話 | () | | 支援専門員等氏名 | | | | | | | |
| 石狩市長 様 | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 (被保険者本人) | (住所) | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | (氏名) | | | 印 | 電話 | () | | — | | | | | | |

注意

- この申請書に、①領収書、②福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 福祉用具を購入する際は、北海道の指定業者から購入してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------|--|--|-----------------|--|---------------------|--|---------|--|--|--|--|--|
| 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 下記口座に振り込んでください。 | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> すでに登録済みの口座に振り込んでください。 | | | |
| 口座振込依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | 本店 支店 出張所 | | 普通預金 当座預金 () | | 金融機関コード | | 店舗コード | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 口座番号 | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

石狩市記入欄

上記申請に基づく福祉用具購入費の支給額を下記調書のとおり決定する。

| | | | | | |
|----|---------|-------|--|----|--|
| | | 決定年月日 | | 受付 | |
| | | 年 月 日 | | | |
| 調書 | 今年度申請済額 | | | 円 | |
| | 今回申請額 | | | 円 | |
| | 今回支給額 | | | 円 | |