**特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | ３ | ０ | ２ | ０ | ９ | １ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 大 ・ 昭　　 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 |  |
| 岩 出 市 長　様上記のとおり関係書類を添えて特定（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。

特定（介護予防）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 |  |
|  |