様式第20号(第23条第1項関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | | |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号 | | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名および商品名) | | | | | 製造事業者名および販売事業者名 | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 草津市長　　　　宛  　　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。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　　住所  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　(事業所名)  　　　　　　被保険者との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書の裏面に、領収証（原本確認必須・写し可）およ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(支援)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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |