**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 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 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 |  |
| 能勢町長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。令和　　年　　月　　日　 |

注意・この申請書に関係書類を添付して下さい。

・「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（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。

（申請者が被保険者でない場合は、被保険者本人の委任状が必要となります。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |

委　　任　　状

（表面で被保険者本人と振替口座名義人が異なるときには、記入押印してください）

表面の支給申請書に係る保険給付費の受領は、

代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。

（口座振込依頼欄の口座名義人）

受領者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（被保険者本人）