（様式第６－４）

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 | | | | | | | | ４０２０２４ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | 個人番号 | | | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
| 住所 | | 大牟田市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所日 | | 令和　　　年　　　月　　　日　　※申請時に入院・入所中であった場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名（種目及び商品名） | | | | 製造事業者名 | | | | | 購　入　金　額 | | | | | | | | | | | | | 領収日（納品日） | | | | | | | | | | | | | | |
| ① |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ② |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大 牟 田 市 長 　様 | | | | | 令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 負担割合 | | | | | | | | |  | | | 割 | | |
| 上の通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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（被保険者） | | | | | | （決定通知書受付番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | ） | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 氏　名 | | |  | | | | | 代筆者 | | (続柄　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ※自筆で署名してください　代筆される場合は代筆者の氏名と続柄も記入して下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜添付書類＞　①領収書原本　②設置後の写真

当該申請に基づく保険給付費を指定する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 | 種　目  （○でかこむ） | 口　　座　　番　　号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | |

※口座名義人が被保険者本人でない場合は、委任状及び**口座名義人の身分証の写し**を添付して下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **委任状** | | **口座名義人が被保険者本人の場合、記載は不要です** | | | | | | | |
| 上の申請の居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関し、下の者に委任します | | | | | | | | | |
| 申請者（被保険者）　　　※自筆で署名してください　代筆される場合は代筆者の氏名と続柄も記入して下さい | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | 代筆者 | | (続柄　　) | | | |  |
| 受任者（口座名義人） | | | |  | | | | | |
| 住　所 |  | | | |  | 申請者との関係  (続柄) | |  |  |
| 氏　名 |  | | | 電話番号 | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |

○大牟田市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入費用 | 対象費用 | 支給算定額 | 支  ・  介 | 割 | 決裁 | 担当 | | 主査 |
| 円 | 円 | 円 |  |  |  |

（様式９－２）

|  |  |
| --- | --- |
| **特定福祉用具購入報告書** | ページ |
| ／ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置後の写真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください。  （筆記具による書き込みは不可）  ②設置場所での写真を添付してください。  ③写真は明瞭に見えるものとしてください。  ④理由書作成者に購入完了の報告をしてください。 | |
| 品目 | | 事前申請との変更点及び理由 |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置後の写真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください。  （筆記具による書き込みは不可）  ②設置場所での写真を添付してください。  ③写真は明瞭に見えるものとしてください。  ④理由書作成者に購入完了の報告をしてください。 | |
| 品目 | | 事前申請との変更点及び理由 |
|  | |  |