（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 | | | | | | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | | 0 | |  | | |  |  | |  |  | |  | |
| 個人番号 | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | 性　別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| 上記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下記の口座に振り込んでください（□に✔を入れて下さい）

□ 公金受取口座を使用する（マイナポータル登録済の方が指定できます）

□ 下記の口座を利用する

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | | | | | | | |
| 上記申請の居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関し、下記の者に委任します | | | | | | | | | |
| 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写真は明瞭な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写真は明瞭な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 |
|  | |  |