**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 |  | 0 | 2 | 2 | 0 | 6 | 1 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・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 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　十和田市長　様　　　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　　　　　　 住　所　　申請者　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　　　 |

注意　・福祉用具購入費の給付は、県において指定した登録業者からの購入に限りますので留意してください。

・この申請書に、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ください。欄内に記載が困難な場合は

 裏面に記載して下さい。

　　　・振込口座は、被保険者本人の口座としてください。なお、代理の方（夫、妻、その他親族等）の口座に

 振込を希望される方は、申請時にご相談ください。

＊ 振込口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 | 本店　　 　 支店 | 口座種別 | 1 普 通2 当 座3 その他 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| フリガナ |  | 口　座　番　号 |
| 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係 | 上記の者について、下記のとおり支給してよろしいか。 | 決定年月日 |
|  |  |  |  |
| 支給年月日 |
| 要介護認定日令和 年 月　 日 | 認定期間令和 年　 月　 日～令和 　年　 月　 日 | 要介護度要支援 １ ２要介護 １ ２ ３ ４ ５ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊（Ｃ）が100,000円以下の場合福祉用具購入費用額（Ａ）　　　　　　　　　円　×０．９＝　　　　　　　　　　　　　　　円管理期間の福祉用具購入費用額（Ｂ）　　　　　　　　円計（Ｃ） （（Ａ）＋（Ｂ）） 　　　　　　　　円　　　　　　＊（Ｃ）が100,000円を超える場合　　　　　　　　（支給限度基準額100,000円） 　　　　　　 （100,000円－（Ｂ））×0.9　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＝　　　　　　　　　　　　　　　円＊管理期間は、毎年4/1から3/31まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支給決定額　　　　　　　　　　　　　　　円 |