第33号様式(第30条第1項関係)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | | | １ | ２ | ３ | ２ | ６ | ５ |
|  | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担割合 | | | | | | | １割　　・　　２割　　・　　３割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具種目  （品目及び商品名） | | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | 購入年月日 | | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | |
| １ |  | | | | | |  | | | | | | | | | | 年 　 月　 日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| ２ |  | | | | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）白井市長  　　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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　申請者　　　　　　氏名  　（被保険者本人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |

添付書類

□　特定福祉用具のパンフレット等（製造事業者名等の記載のあるもの）

□　販売価格（10割分）がわかるもの（見積書等）

□　被保険者本人あての領収書原本及び写し

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。

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

上記口座名義人に給付費の受領を委任します。

被保険者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当課  記入欄 | １号 ・ ２号 | 介護給付 | 要介護 | | 予防給付 | | 要支援 |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 限度費用額 | 円 | | 給付実績 | | 円 | |
| 負担割合 | １割　・　２割　・　３割　・　給付制限等 | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①購入費総額（介護保険対象額のみ） | ②自己負担額（①×負担割合：小数点以下切上） | 介護保険給付額（①－②） |
| 円 | 円 | 円 |