第14号様式（第15条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書  ※該当する方にレ印を記入してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 償還払 |  | 受領委任払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 福祉用具名  (種目及び商品名) | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 鹿屋市長　　　　　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。  　　　　　　年　　月　　日  　　申請者　 住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 注　この申請書に、利用者から同意を得た「福祉用具サービス計画書」の写し、領収書、福祉用具のパンフレット等を添付してください。  （事前承認時に提出済のものは添付不要です。）   |  |  | | --- | --- | | 承認番号 | 承認年月日 |   　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 | 金融機関名 | | | | | | 支店等名 | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （市記入欄） | | |
| 要介護状態区分 | 要介護度（　　　　　） | ※給付決定額 |
| 認定有効期間 | ・　　・　　～　　　　・　　・ | 円 |
| 保険料納付状況 | 滞納保険料（ 有 ・ 無 ） / 未納保険料（ 有 ・ 無 ） |
| 同年度既購入実績 | （有・無）※購入額/給付額　　　円/　　　円※購入種目 |