**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費**

**償還払い利用申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者・番号 | 奥多摩町 | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 福　祉　用　具　購　入　内　訳 |
| 種目 | 商品名 | 製造事業者販売事業者 | 購入金額 | 購入日 |
| 腰掛便座･特殊尿器入浴補助・簡易浴槽リフトのつり具 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
| 腰掛便座･特殊尿器入浴補助・簡易浴槽リフトのつり具 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
| 腰掛便座･特殊尿器入浴補助・簡易浴槽リフトのつり具 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
| 購入金額合計（費用額） | 円　 | 保険請求額 | 円　 |
| 自己負担額 | 円　 |
| 奥 多 摩 町 長　様関係書類を添えて、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 |
| 申請者 | 住所 |
| 氏名 | ※申請者が本人以外の場合 |
| 電話番号 | ⇒本人との関係（　　　　　　　　　　　　　　　） |

１　添付が必要な関係書類は、①領収書（写し）　②福祉用具のパンフレット（写し）等　です。

２　「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、裏面に記載してください。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 金融機関名 | 本・支店名 |  |  |
|  |  |
| 種目 | □普通預金 | 口座番号 |  | 受　　付　　印 |
| □当座預金 |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |