

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-----------|--------|---|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | 保険者番号 | 202028 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 ー 松本市 電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具(種目・商品名・製造事業者名) | | | 購入金額 | 円 | | 購入日 | | | | | | | | |
| | | | | | 円 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | | 円 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 特定福祉用具購入事前申請を行った場合の承認日 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 用具販売事業者名 | | | 指定販売事業者番号 | | | | | | | | | | | |
| (宛先)松本市長 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 住所 松本市 (被保険者) 氏名 連絡先 (電話番号) | | | | | | | | | | | | | | |

(関係書類)領収証及び福祉用具のパフレットその他当該福祉用具の概要を記載した書類
(福祉用具が必要な理由)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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振込依頼書 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | | 本店 支店 出張所 支所 | | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 1普通 2当座 3その他 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状欄 | 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 受任者 住所 氏名 連絡先(電話番号) 委任者(被保険者) 印 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----|----------------|-----|------|--|----------------------|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 松本市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 被保険者区分 | 1・2 | 負担割合 | | | | | | | | | | |
| 過去の購入履歴について 無・有 | | | | | | | | | | | | | | |
| (購入履歴有の場合は、以下の表を記入する。) | | | | | | 支給限度額 (空欄の場合は上限10万円) | | | | | | | | |
| 過去の購入品目 | 年度 | 同一年度の場合はその審査金額 | | | | | | | | | | | | |
| | 同・他 | | | | | | | | | | | | | |
| | 同・他 | | | | | | | | | | | | | |
| | 同・他 | | | | | | | | | | | | | |
| | 同・他 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 合計 | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 国保連へ償還払い審査を依頼するもの | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当 | | 係 | | 係長 | | 課長補佐 | | 課長 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |