様式第27号(第19条関係)

居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 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 | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　 |
| 　　松前町長　　　　殿　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　被保険者本人との関係(　　　　)　　　　　　 |
|

　注意・この申請書の裏面に、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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

　　　　居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を指定(別添)の口座に振り込んで下さい。

　松前町記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収書確認 | 受給資格 | 品目 | 今年度の給付 | 給付制限 | 備考 |
| 　 | 有無 | 対象品目対象外品目 | 有(　　円)無 | 有無 | 　 |