

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					保険者番号									
被保険者氏名					被保険者番号									
					個人番号									
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住所	〒													
														電話番号
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	県指定販売事業者名 (指定番号)			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														
<p>関市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>なお、上記の購入費支給に関する申請事項を全て_____に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p>														
<p>上記のとおり購入費支給に関する申請事項について受任しました。</p> <p>所在地</p> <p>受任者 名称及び代表者名</p> <p>電話番号</p> <p>担当者名</p>														

備考

- 1 助成対象福祉用具は、介護保険制度における県指定の福祉用具販売事業者での購入に限ります。
- 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。
- 3 領収書(宛名は被保険者)及び購入した福祉用具のパンフレット等を添付してください。

介護保険居宅介護(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。

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※市処理欄

今年度支給済額	支給限度額	購入金額	① 支給対象額 (上限100,000円)	② 支給決定額 (①×0.9)	利用者負担額 ①-②
円	円	円	円	円	円
福祉用具購入時 認定情報	要支援〔 1 ・ 2 〕 要介護〔 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 〕		年 月 日 ~ 年 月 日 ( )		