

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		2	1	2	1	3	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 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)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入日 購入金額	福祉用具が 必要な理由						
(種目名)※該当に○ 腰掛便座(O1) 自動排泄処理装置の交換 可能部品(O2) 入浴補助用具(O3)/簡易浴槽(O4) 移動用リフトのつり具(O5) (商品名)	(製造事業者名) (販売事業者名)	(購入日) 年 月 日 (購入金額) 円							
※品目コード									
(種目名)※該当に○ 腰掛便座(O1) 自動排泄処理装置の交換 可能部品(O2) 入浴補助用具(O3)/簡易浴槽(O4) 移動用リフトのつり具(O5) (商品名)	(製造事業者名) (販売事業者名)	(購入日) 年 月 日 (購入金額) 円							
※品目コード									
(宛先) 各務原市長 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 住所 申請者 氏名 (本人) 氏名 電話番号									

【注意】・福祉用具購入費の支給は、県の指定を受けた福祉用具販売店で購入した場合に対象となります。

- ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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。)
- ・申請時には、介護保険被保険者証を提示して下さい。

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下さい。

口座振替 依頼欄	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								

上記口座に振込みをされることに同意します。(被保険者)
(被保険者と口座名義人が異なる場合に被保険者名を記入してください。)

※市役所記入欄

受付	入力	(申請情報)	(決定情報)
・	・	本人支払額 円 要介護状態区分等 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	決定日 年 月 日 保険請求額 円 利用者負担額 円 支給決定額 円