

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 [償還払い用]

フリガナ	保険者番号		4	0	2	1	6	4
被保険者氏名	被保険者番号		0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別		男・女	
住所	〒		介護度		支援1・2 介護1・2・3・4・5			
	電話番号							

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売業者名	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	
----------------	--

小郡市長 様

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

電話番号

申請者

(被保険者本人) 氏名

印

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店(所) 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								

注意 ・この申請書に、領収書、個別援助計画書及び福祉用具のパンフレットを添付して下さい。
 ・「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。

※小郡市介護保険課記入欄

福祉用具購入費						
負担割合	割	支払額	自己負担額	支給決定額		
		円	円	円		
要介護度	未納保険料	滞納状況	支給限度額残額	担当	係長	課長
	有・無	年度 期～ 年度 期 納付誓約 有・無	円			
上記の通り、決定・通知してよろしいか伺います。 決裁年月日 年 月 日						