

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	0	2	1	5	0
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	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													
<p>(あて先) 塩 尻 市 長</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">Ⓜ</p>													

[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)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所・支所 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											

福祉用具を必要と認める理由書

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名													性別	男・女					
	要介護認定の結果等	要介護状態区分												1	2	3	4	5	要支援	1
		有効期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日																		

記 入 者	氏名																		
	職種																		
	所属	所在地																	
		名称																	
電話番号																			

福 祉 用 具 種 目	該当に○	福祉用具の種類	福祉用具名（商品名）	
			腰掛便座	
			特殊尿器	
			入浴補助用具	
			簡易浴槽	
			移動用リフトの 吊り具の部分	

福 祉 用 具 選 定 理 由	[申請者の身体状況や、福祉用具使用による効果を個々の用具ごとに具体的に記入してください]
--------------------------------------	--

そ の 他	
-------------	--