

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。

※市記入欄

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														