

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(年 月購入)

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号							
	氏名			個人番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女				
	住所	〒		-		電話(自宅・携帯・呼出) ()					
要介護度(認定期間)	要支援()・要介護() (年 月 日～ 年 月 日)										
特定福祉用具名		製造事業者名		事業者番号 販売事業者名		購入日		購入金額(税込)			
種目	商品名										
1						年	月	日	円		
2						年	月	日	円		
3						年	月	日	円		
揖斐広域連合長 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 申請者名(被保険者) _____											

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称		銀行	<input type="checkbox"/> 本店		金融機関番号		店番号	
			信用金庫						
			信用組合						
		農協							
預金種別		1 普通預金	2 当座預金	口座番号					
フリガナ									
口座名義人									
<input type="checkbox"/> 受領委任払該当 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所				担当者名			

(注) 1 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
 2 受領委任払該当者および生活保護受給者については、※欄にも必要事項を記入してください。

広 域 連 合 記 入 欄	受付窓口			受付年月日			支給決定		
	<input type="checkbox"/> 揖斐川 <input type="checkbox"/> 大野 <input type="checkbox"/> 池田			年 月 日			年 月 日		
備考			添付書類			入力			
			<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ケアプラン等 <input type="checkbox"/> 委任状(口座名義人が被保険者と異なる場合)						

特定福祉用具購入が必要な理由書

福祉用具購入被保険者氏名	
被保険者番号

(福祉用具購入のみの場合はここに記載)

理由欄記入者

<事業所名> _____

<事業所番号> _____ <電話> () _____

<氏 名> _____

※理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

〔 記載例：「(身体状況)により(困難な状況)にあるため、(福祉用具)を使用することにより
 (困難な状況の改善)できる」 〕