

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 被保険者氏名	保険者番号								4	2	3	2	2
	被保険者番号		3	2	2	0	0						
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別		男・女								
住所	川棚町				電話番号								
要介護認定区分	要介護 1 2 3 4 5		経過的要介護		要支援 1 2								
福祉用具名 (種目名・商品名)		購入金額 (円)		購入日		販売事業所名 (事業所コード)							
				平成 年 月 日									
				平成 年 月 日									
				平成 年 月 日									
合計				支給方法		窓口払・口座払							
福祉用具が必要な理由													
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)		ケアマネジャー；									印		
川棚町長 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。 平成 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 なお、福祉用具購入費の受領は下記口座へ振り込んでください。													
金融機関名		銀行・金庫・組合						本店・支店・出張所					
種類		普通・当座・その他				(フリガナ)		()					
口座番号						口座名義人							

注意 ・この申請書の裏面に、領収書の写しを貼付けてください。 ・購入した福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。

保険者処理欄

支給制限		今回購入費用査定額 (10万円を限度)	A	円	支給・不支給
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (償還払・差止・給付率)		既に支給した福祉用具購入費の額 (円) の90/100の額	B	円	受付年月日
既支給種目		支給限度基準額の残額 (10万円-B)	C	円	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種目)		保険給付対象額 AまたはCのいずれか低い額	D	円	
(購入日)		支給決定額 (D× %)		円	