

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)				
		令和 年 月 日					
		令和 年 月 日					
		令和 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；					
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。  令和 年 月 日 申請者 住 所  氏 名  電話番号							
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

<input type="checkbox"/> 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100/90の額	B	円	受付年月日
<input type="checkbox"/> 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	D	円	
(購入日 )	AまたはCのいずれか低い額		円	
	支給決定額 (D× %)		円	