

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;							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。  令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号  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100/90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	D	円	
(購入日 )	AまたはCのいずれか低い額			
	支給決定額 (D× %)		円	