

■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		被保険者番号	
被保険者氏名		性別	男 女
生年月日	年 月 日	要介護度状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
負担割合	1割・2割・3割	指定販売事業所名	指定販売事業者番号
介護支援専門員の確認		福祉用具専門相談員の確認	
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具		
福祉用具商品名		製造事業者名	
購入年月日	年 月 日	購入金額	円
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具		
福祉用具商品名		製造事業者名	
購入年月日	年 月 日	購入金額	円
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具		
福祉用具種目名		製造事業者名	
購入年月日	年 月 日	購入金額	円

合計金額 円 (利用者負担額を除いた金額が支給されます。)

岬町長 宛

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 泉南郡岬町

申請者 被保険者氏名

電話番号 () —

※上記の介護給付費を下記の口座に振り込んでください。なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生ずることについて異議はありません。

金融機関名	支店名	種目	口座番号	口座名義(カナ)
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通(通常)		
農協	本店	<input type="checkbox"/> 当座		
信用金庫	出張所	<input type="checkbox"/> 貯蓄		

【注意】被保険者本人の口座に限ります。本人の口座がない場合、原則として同居の家族の口座を指定いただけますが委任状が必要となります。

(添付書類) 領収書(原本) 福祉用具サービス計画書 福祉用具のパンフレット

※処理欄 (以下は記入しないでください)

受付		受領		資料		等理由		制限		入力確認	申請		決定	
----	--	----	--	----	--	-----	--	----	--	------	----	--	----	--

(受付番号)