

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		保険者番号		2	1	2	1	3	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	〒								
		電話番号 — —							
種目名	商品名	製造事業者名							
福祉用具販売事業者番号	販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	年 月 日						
福祉用具が必要な理由	□ 別添資料のとおり								
（宛先）各務原市長 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 住 所 （本人） 氏 名 電話番号 — —									

【注意】・福祉用具購入費の支給は、県の指定を受けた福祉用具販売店で購入した場合に対象となります。

- ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
- ・選択制の対象福祉用具を購入する際は、「福祉用具が必要な理由」に「購入を選択した理由」も記載してください。
- ・別添資料とは、法令等という居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画です。
- ・排泄予測支援機器購入時は、医学的な所見が分かる書類及び試用状況等の確認調書（申請書、特定福祉用具販売計画等）に確認調書と同様の事項を記載した場合は不要）も添付して下さい。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

上記口座に振込みをされることに同意します。（被保険者）
 （被保険者と口座名義人が異なる場合に被保険者名を記入してください。）

※市役所記入欄

受付	入力	（申請情報）	（決定情報）
・	・	本人支払額 円	決定日 年 月 日
		要介護状態区分等	保険請求額 円
		要支援1・2	利用者負担額 円
		要介護1・2・3・4・5	支給決定額 円