

介護保険居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費支給申請書

窓口に来た人	(事業所・被保険者との関係：)									
フリガナ			保険者番号		2	3	2	2	5	6
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生						
住所	〒472- 知立市			電話番号						
福祉用具種目	福祉用具商品名	販売事業者名			購入金額					
	製造事業者名	指定事業者番号			購入日					
					円					
					平成 年 月 日					
					円					
					平成 年 月 日					
					円					
					平成 年 月 日					
福祉用具が必要な理由				購入金額合計		円				
裏面を参照										
知立市長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)特定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 ㊟ 電話番号										

- 注意
- 申請書に、領収証及び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。なお居宅介護・介護予防サービス計画に当該福祉用具が必要な旨が記載されている場合は、「福祉用具が必要な理由」の記載は必要ありません。申請時にケアプランを持参してください。

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ください。

口座振替依頼書	銀行・信用金庫・信用組合・農協	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									

● 介護支援専門員(ケアマネージャー)により居宅サービス計画書(ケアプラン)が作成されている場合

ケアプランの第2表(別紙に福祉用具購入理由を記載してある場合はその用紙)及び、第4表(福祉用具購入のためのサービス担当者会議の記録)もしくは第5表の写しを添付してください。

● 介護支援専門員(ケアマネージャー)により居宅サービス計画書(ケアプラン)が作成されていない場合

下記理由書に福祉用具購入が必要な理由等を記入(記入者は福祉用具販売事業所従業員以外のものに限る)した後、福祉用具販売事業所に提出し確認してもらってください。

福祉用具が必要な理由書

記入者氏名				被保険者との関係	
記入年月日	平成	年	月	日	記入
福祉用具が必要な理由					
福祉用具専門相談員記入欄 ※ 福祉用具専門相談員にて、上記理由を確認後記入してください。					
確認年月日	平成	年	月	日	福祉用具専門相談員氏名
事業所名及び社印					印

* 市役所確認欄

要介護度	要支援 1・2	認定期間	平成 年 月 日 ~
	要介護 1・2・3・4・5		平成 年 月 日
区分	1号・2号	在宅確認	在宅・不在()
備考	購入金額	円	
	利用者負担	円	
	保険請求額	円	