

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													
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		被保険者番号	0	0	0	0	0					
住所	〒 472- 電話番号 知立市												
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								
					年 月 日								
					円								
					年 月 日								
					円								
					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。 年 月 日 申請者住所 氏名 ※氏名を自署する場合、押印は省略できます 電話番号													

注意 ・ 申請書に、領収証及び福祉用具のパン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					種 目	口 座 番 号					
	銀 行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農 協		本店 ・ 支店 ・ 出張所		1 普通預金						
	金 融 機 関 コ ー ド		店 舗 コ ー ド		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	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	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	年 月 日 ~
	要介護 1・2・3・4・5		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	