

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

フリガナ			保険者番号	4	5	3	6	1	3
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0		
生年月日	年	月	日生	性別		男・女			
住所	〒 889-44		電話番号						
	高原町大字								
福祉用具種目	製造事業者名	購入金額	福祉用具が必要な理由						
福祉用具商品名	販売事業者名	購入年月日							
		円							
		年 月 日							
		円							
		年 月 日							
		円							
		年 月 日							
支給申請金額			(購入総額×給付割合 割)		円				
高原町長 殿 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 住 所 高原町大字 申請者 氏 名 電話番号 ⑩									

〈注意〉・この申請書の裏面に、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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護・介護予防特定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	金融機関名	店名	預金種別	口座番号
	銀行・農協 信用金庫	本店 支店	1. 普通預金 2. 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

前回までの 支給額	円
支給 決定日	年 月 日
支給 決定額	円

資格	<input type="checkbox"/> 第1号	<input type="checkbox"/> 第2号
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
保険料納付状況	未納保険料(有・無)	特徴 ・ 普徴

課長	課長補佐	係長	合議	担当

処 理 欄	

居宅介護・介護予防特定福祉用具購入費支給請求書

年 月 日

高原町長 様

住所 高原町大字

氏名

印

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費について下記金額を請求します。

金 円

請求内訳

福祉用具商品名	購入年月日	購入金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	購入金額合計 ①	円
	給付割合 ②	割
	請求額 ① × ②	円