

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

( 年 月購入)

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号							
	氏名			個人番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	住所	〒		-		電話(自宅・携帯・呼出) ( )					

要介護度(認定期間) 要支援( )・要介護( ) ( 年 月 日～ 年 月 日)

	特定福祉用具名		製造事業者名	事業者番号	購入日	購入金額(税込)
	種目	商品名		販売事業者名		
1					年 月 日	円
2					年 月 日	円
3					年 月 日	円

揖斐広域連合長 様

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

申請者名(被保険者)



口座振替依頼欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店	支店 支所 出張所	金融機関番号			店番号		
	預金種別	1 普通預金	2 当座預金	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義人									
※ <input type="checkbox"/> 受領委任払該当 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所					担当者名			

(注) 1 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。

2 受領委任払該当者および生活保護受給者については、※欄にも必要事項を記入してください。

広域連合記入欄	受付窓口	受付年月日			支給決定		
	<input type="checkbox"/> 揖斐川 <input type="checkbox"/> 大野 <input type="checkbox"/> 池田	年	月	日	年	月	日
	備考	添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ケアプラン等					入力
		<input type="checkbox"/> 委任状(口座名義人が被保険者と異なる場合)					

# 特定福祉用具購入が必要な理由書

福祉用具購入被保険者氏名	
被保険者番号	

(福祉用具購入のみの場合はここに記載)

理由欄記入者

<事業所名> \_\_\_\_\_

<事業所番号> \_\_\_\_\_ <電話> (       ) \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_ 

※理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

〔 記載例：「(身体状況)により(困難な状況)にあるため、(福祉用具)を使用することにより  
(困難な状況の改善)できる」 〕