

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

柏原市長 様

下記のとおり、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。

令和 年 月 日

フリガナ				保険者番号	2 7 2 2 1 1		
申請者氏名 (被保険者)				被保険者番号	0 0 0 0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住 所	〒						
	電話番号 - -						
負担割合	1割・2割・3割			(本人の負担割合証をご確認の上、必ず記入してください。)			
販売事業所名				販売事業所 指定番号			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造メーカー名			購入金額	購入年月日		
				円	年	月	日
				円	年	月	日
				円	年	月	日
福祉用具が 必要な理由	(心身の状況、必要な理由等を具体的に記載)						
添付書類	①福祉用具のパンフレットの写し等概要が確認できる書類 ②領収書(本書) ③その他()						

- 注意**
- ・「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。
 - ・給付制限を受けていたり、保険料に未納がある場合は代理受領による給付はできません。

※以下の欄は記載する必要はありません。(市記載欄)

今年度給付額		円
給付可能額		円
同一用具購入	有・無	
	理由書提出	
事業所番号		

支 給					不 支 給									
支給申請額					円					不支給理由				
										<input type="checkbox"/> 福祉用具対象外のため <input type="checkbox"/> 同一用具の支給があるため <input type="checkbox"/> 支給限度基準額超過 <input type="checkbox"/> その他 ()				
号	介	支	支	支	支	支	支	支	支	支	支	支		
有効期間					年	月	日	～	年	月	日			