

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		0	3	2	0	6	0
		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 2 3 4 5								
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び販売事業者名		購入金額			購入日		
(種目名)		(製造事業者名)		円			令和 年 月 日		
(商品名)		(販売事業者名)							
(種目名)		(製造事業者名)		円			令和 年 月 日		
(商品名)		(販売事業者名)							
(種目名)		(製造事業者名)		円			令和 年 月 日		
(商品名)		(販売事業者名)							
		購入金額合計		円					
		利用者負担の割合		割					
福祉用具が必要な理由	(居宅サービス計画を添付し、その計画の記載内容により必要な理由が明らかである場合は、記入不要)								
北上市長 様 上記のとおり、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 住所 申請者氏名 (被保険者)									

注意・この申請書に、領収書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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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。

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店(所) 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								

※処理欄（記入不要）

備考		今年度支給済額	円		受付
		保険料納付 自己負担減免	未納 減免	有 無	

注意事項

この承認願書のほかに、次の書類を添付してください。

- 1 領収書
- 2 購入用具のパンフレット

(排泄予測支援機器を購入する場合の追加提出)

- 3 医学的な所見が分かる書類
- 4 排泄予測支援機器確認調書