

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号														
フリガナ																
被保険者氏名	保険者番号										3	3	4	2	3	5
	被保険者番号										0	0	0	0	0	0
生年月日	M	T	S	年	月	日生	性別		男・女							
要介護度				有効期間	年	月	日	～	年	月	日					
住所	〒 早島町											電話番号				
福祉用具種目名		製造事業者名					購入金額					購入日				
福祉用具商品名		販売事業者名 事業所番号														
							円					年 月 日				
							円					年 月 日				
福祉用具が必要な理由 ※介護支援専門員等 が記載します	〈記入者情報〉		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員													
			事業所名							氏名						
早島町長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名																

- 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。
 - ・「福祉用具サービス計画書」を必ず作成したうえで申請してください。
 - ・指定販売事業所以外で福祉用具を購入された場合は、支給対象になりません。

居宅介護（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。

□ 座 振 込 依 頼 欄	フリガナ																		
	□座名義人																		
	金融機関名					本店・支店名					預金種別		普通・当座 その他（ ）						
	銀行 農協 信金					本店 支店 支所					□座番号 (右づめ)								

※保険者記入欄（記入しないでください）

算 定 式	A 支給限度基準額		円	支給決定額
	B 既に支給済の支給対象額総額		円	
	C A-B		円	
	D 今回の支給対象額		円	
	E CまたはDの少ないほうの額×（90%・80%・70%）		円	円