

介護保険福祉用具購入費支給申請書兼請求書

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	保険者番号	1	4	2	1	1	7	
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
ふりがな	はだの たろう										生 年	昭和 2年 3月 4日						
被保険者氏名	秦 野 太 郎										月 日							
住 所	秦野市桜町1丁目3番2号																	
	電話 0463 ( 82 ) 5111																	
介護・予防給付の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費										<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費							
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 (消費税込み)					購 入 日							
入浴補助用具 <small>(シャワーチェア〇〇 折りたたみタイプ)</small>	(株)〇〇〇 介護ショップ〇〇〇					9,800 円					〇〇年 〇月 〇日							
福祉用具が必要な理由	下肢筋力低下により安定した姿勢を保つのが困難である。入浴時に本人及び介助者の負担を軽減し、より安全に洗身・洗髪を行うため必要である。																	
(宛先) 秦野市長 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請・請求します。	〇〇年 〇月 〇日																	
	被保険者名で申請してください。(死亡の場合は代理の方で申請してください。)										申請者	住所	秦野市桜町1丁目3番2号					
											氏名	秦 野 太 郎						
											電話	0463 ( 82 ) 5111						
※口座振替を希望される方は、次の欄に記入してください。																		
振 込 先	金融機関名	銀 行・信 用 組 合 信用金庫・農業協同組合										本・支店 支 所						
		金融機関コード											店舗コード					
	預金の種類	1 普通預金	フリガナ															
		2 当座預金	記入不要															
	口座番号																	
委 任 状	なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。																	
	受任者(口座名義人) 氏 名											委任者(被保険者) 氏 名						
(自署または記名・押印)																		

※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。  
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。

<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> パンフレット等 <input type="checkbox"/> ケアプラン	区 分	市役所処理欄のため記入不要					要介護度	負担割合
		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 承認しない 理由 ( ) 支給予定額 支払額 一部負担金 円 ( - )	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	割  2号			

※福祉用具が必要な理由を記載してください。

下肢筋力低下によりトイレまでの移動が困難である。ベッドサイドにポータブルトイレを設置することで移動中の転倒の危険性を回避することができる

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 (消費税込み)	購入日
腰掛便座 ポータブルトイレ○ ○型	(株)○○○ 介護ショップ○○○	19,800 円	○○年 ○月 ○日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

この申請について連絡がとれる方を記載してください。

(連絡先)

住 所 秦野市桜町1丁目3番2号

氏 名 秦 野 花 子

電話 0463 ( 82 ) 5111