

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)	ワクヤ タロウ	保険者番号		0	4	5	0	1	3
被保険者氏名	涌谷 太郎	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9
生年月日	明治・大正・昭和 20年 1月 1日生	性別	男	女					
住所	(〒987-0121) (行政区: 下町区) 涌谷町字中江南278番地 電話番号 0229-43-5111								
要介護度区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
福祉用具種目名	製造事業者名			購入金額					
商品名	販売事業者名			購入日					
腰掛便座	アロン化成			15,015 円					
ポータブルトイレFX-CP	特定福祉用具販売事業所			令和 4年4月19日					
入浴補助用具	ガット・リハビリィ			16,800 円					
シャワーベンチGR ワイド	特定福祉用具販売事業所			令和 4年4月19日					
				円					
				令和 年 月 日					
福祉用具が必要な理由	それぞれの福祉用具について、必要な理由を記載する。								
涌谷町長 殿 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。 令和 4年 5月 1日 申請者 住所 涌谷町字中江南278番地 氏名 涌谷 花子 被保険者との続柄 (長女) 電話番号 0229-43-5111									

(添付書類)

- 領収書 (被保険者あてのもの。コピーを添付する場合は、申請時に原本を提示してください。)
- 福祉用具のパフレット等 (福祉用具の概要を記載した書類を添付してください。)

注意

- 1 「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。
- 2 振込口座については、裏面 (口座振替承諾書) に記入してください。
- 3 介護保険対象となる福祉用具購入の種目は、次の5種目です。①腰掛便座②特殊尿器③入浴補助用具④簡易浴槽⑤移動用リフトのつり具の部分。

(裏面)

口座振込承諾書

私に支給される居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記口座に振り込みされることを承諾します。

被保険者 涌谷 太郎

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号							
	涌谷	涌谷	1 普通預金	9	9	9	9	9	9		
	金融機関コード		店舗コード							2 当座預金	
	9	9	9							9	3 その他
(フリガナ) 口座名義人	ワクヤ ハナコ 涌谷 花子										

以下保険者処理欄 (記入しないでください)

既支給済額	円	審査	確認	受付
支給残額	円			
今回支給予定額	円			
保険料納付状況				
直近の認定日	令和 年 月 日 (調査日: 令和 年 月 日)			
過去の購入歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
福祉用具購入の妥当性				