

加西市居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

加 西 市 長 様

申請者 住 所

対象者との続柄

氏 名

()

電 話 () -

介護保険施行規則第71条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

対 象 者	フリガナ			保険者番号	2 8 2 2 0 2								
	氏 名			被保険者番号	2	2	0	0	0				
	住 所	〒 (電 話) -											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生			性 別		男・女						
福 祉 用 具 名	種目名	製造事業者名			購入金額		購入日						
	商品名	販売事業者名(指定番号)											円
	種目名	製造事業者名			購入金額		購入日						
	商品名	販売事業者名(指定番号)											円
	種目名	製造事業者名			購入金額		購入日						
	商品名	販売事業者名(指定番号)											円
当該年度内で用具の購入回数及び年月日		なし	購入回数 回目 前回購入日 年 月 日										
上記福祉用具について必要な理由(用具ごとに記載)												
担当介護支援専門員等		資格			氏名			印					
		連絡先(所属)			電話								

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。(口座番号は右詰めで記入)

口 座 振 込 依 頼 欄		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出 張 所	種 目	口座番号							
	フリガナ 口座名義人				1 普通預金							
				2 当座預金								
				3 その他								
				続柄 ()								

※申請時の注意事項は裏面参照

《注意事項》

申請には、申請書・領収書・福祉用具パンフレット等(用具の概要を記載した書面含む)の写しが必要です。

領収書の名前と口座名義人は同一にしてください。

(振込先を本人以外にされる場合は、領収書の但し書部分に対象者名「例:〇〇が使用する腰掛便座」等を入れて提出して下さい)

福祉用具の購入費の支給限度額は年間 10 万円です。

対象品目

腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具(シャワー椅子・すのこ・入浴台・浴槽内手すり・バスボードなど)・簡易浴槽・移動用リフトのつり具部分