

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

受付印

フリガナ			被保険者番号		
被保険者氏名			個人番号		
生年月日	年 月 日		要介護状態区分	要支援 1・2	
性別	男 ・ 女			要介護 1・2・3・4・5	
福祉用具種目	購入商品名	製造業者名	購入日	負担割合	購入金額
① 腰掛便座			年 月 日	割	円
② 自動排泄処理装置の交換可能部品			年 月 日	割	円
③ 排泄予測支援機器			年 月 日	割	円
④ 入浴補助用具	入浴用いす		年 月 日	割	円
	浴槽用手すり		年 月 日	割	円
	浴槽内いす		年 月 日	割	円
	入浴台		年 月 日	割	円
	浴室内すのこ		年 月 日	割	円
	浴槽内すのこ		年 月 日	割	円
その他			年 月 日	割	円
⑤ 簡易浴槽			年 月 日	割	円
⑥ 移動用リフトのつり具の部分			年 月 日	割	円
販売事業所名 及び介護保険事業所番号	□□□□□□□□□□		申請額(上限10万円)		円
福祉用具が必要な理由	(宛先)知多北部広域連合長 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 住所 申請者 電話番号 ( ) - 氏名 被保険者との続柄 ( )				

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通	フリガナ	
			2 当座	口座名義人	
委任欄	年 月 日 (被保険者) 住所 氏名 私は次の者を代理人として給付費の受領に関する権限を委任します。 (代理人) 住所 氏名				

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

保険者記入欄

給付実績	前年度以前	今年度

給付率	支給金額
%	円

係長	係

課長	受付者