

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

余市町長様

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地 電話番号 -		

費 目	・居宅介護福祉用具購入費			・居宅介護予防福祉用具購入費		
福祉用具が必要な理由	・居宅サービス計画添付 有・無 必要な理由： _____ _____ _____					
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 年 月 日			
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	

注意：この申請書に、領収証、納品書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下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 漁 協	本 店 支 店 本 所	口座種目	口 座 番 号
	フリガナ			1. 普通 2. 当座 3. その他	
	口座名義人氏名				

※この欄には、記入しないでください

審 査 決 定 調 書						
区 分		保険対象購入費 (A)	自己負担額 (B) (A×0.1・0.2・0.3) ※1円未満切上	保険支給額 (C) (A - B)		
1. 一 般	滞納保険料 有・無					
2. 給付額減額 (6割・7割給付)	保険料徴収 権消滅期間 有・無	今年度既支給	支給上限額(支給限度基準額-今年度既支給額)	要介護度		
		有・無		支・介		
事業者登録	領収証確認	パフレット等確認	備 考			