介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費申請書

フリガナ		保険者番号		2 9 2 1 1 0	
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別		要介護度	
住所	〒 葛城市　電話番号				

福祉用具名(種目名及び商品			
製造事業者名			
販売事業者名			
指定事業者番号			
購入金額	円	円	円
購入日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
福祉用具が必要な理由:別紙計画書のとおり		合計金額	円

葛城市長　様

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　年　月　日

申請者　住所

氏名　電話番号

添付書類および確認事項について、裏面をご確認ください。

下記の口座について確認の取れる書類(通帳の写し等)の添付、もしくは申請者以外の方の口座確認をお願いします。

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。

口座確認者(お名前):

申請者との関係 □家族　□販売業者　□ケアマネ　□その他(　　)

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合	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普通預金 2当座預金 3その他	
	フリガナ 口座名義人			

＜市記入欄＞

※認定状況　：□要支援(　)□要介護(　)　令和　年　月　日～令和　年　月　日

※認定状況保険料収納状況：未納保険料(有・無)滞納保険料(有・無)

※年度内既支給額　：　円

※支給対象費用額　：　円　※支給決定額　：　円

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費申請書

添付書類および確認事項について

以下の書類が添付されいるか、確認事項を確認できているかチェックしてください。

確認事項

□　申請書　表面の指定事業所番号が正しく記載されている。

添付書類

□　購入された福祉用具のカタログのコピー

□　福祉用具サービス計画書
※「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。
※選択制の対象福祉用具を購入した場合、利用者に貸与と選択に資する適切な情報提供がなされたことがわかるよう記載してください。

□　領収書（原本）
※書類を確認後、原本は返却いたします。

□　委任状（被保険者本人以外の口座へ振り込みを希望される場合）

以下、スロープを購入された場合

□　スロープの設置個所が生活導線上にあることがわかる図面（下の枠内に記載でも可）