介護保険 福祉用具購入費支給申請書

被保険者氏名		保険者番号	岐阜市	4	2	2	1	0	5
		被保険者番号		0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒811- 電話 ()								
	岐阜市 町								

福祉用具名 (種目名・商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日
	販売事業所名		
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具の購入が必要な理由がわかる添付書類

ケアプラン (福祉用具の購入が必要な理由が記載されているもの)

福祉用具の購入が必要な理由書 (居宅サービス計画作成依頼届出がない場合)

岐阜市長様 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 岐阜市 町 氏名 電話 ()		受付印
--	--	---------------------

注意 ・この申請書の裏面に、福祉用具の購入が必要な理由がわかるケアプラン、又は介護支援専門員等が記載した理由書、領収書及びパンフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具の購入が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載し、添付してください。

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 依頼先	銀行 農協 漁協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード		1 普通	2 当座	3 その他				
	フリガナ									
	口座名義人									

※保険者記入欄

保険料納付	特定福祉用具販売指定	添付書類		
未納 ☐ 有・ ☐ 無	☐ 有 ・ ☐ 無	☐ 理由書・ ☐ 領収証・ ☐ パンフレット・ ☐ その他()		
福祉用具購入総額	利用者支払額	保険給付対象額	給付実績	給付上限額
円	円	円	円	円
負担割合	割	支給決定額	円	
購入日現在 要介護度	経過的要介護 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			