

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給申請書(償還払い) **用具**

太線の中を記入してください。

フリガナ			保険者番号	1 3 1 0 8 6					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 · 女			
要介護状態区分	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		
認定有効期間	平成		年	月	日から	平成	年	月	日
住所	〒								
									電話番号

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額 (税込み)	購入日
種目 (1)・(2)・(4)・(5) 品名 (3)1・(3)2・(3)3・(3)4・(3)5・(3)6・(3)7	(製造) (販売)	円	平成 年 月 日
種目 (1)・(2)・(4)・(5) 品名 (3)1・(3)2・(3)3・(3)4・(3)5・(3)6・(3)7	(製造) (販売)	円	平成 年 月 日
種目 (1)・(2)・(4)・(5) 品名 (3)1・(3)2・(3)3・(3)4・(3)5・(3)6・(3)7	(製造) (販売)	円	平成 年 月 日
合 計		円	

福祉用具が必要な理由 (用具ごとに記載してください。)

欄内に記載困難な場合は裏面に記載してください。

江 東 区 長 殿

上記のとおり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。

平成 年 月 日

申請者 住所

(被保険者本人)

氏名 印

申請に来庁した方の氏名(続柄・所属)

この申請について連絡できる
家族の方の氏名・続柄

連絡先電話

介護保険課確認欄

・提示	<input type="checkbox"/>	被保険者証	<input type="checkbox"/>	指定事業者
・添付書類 (受付時確認)	<input type="checkbox"/>	支払口座振替依頼書(本人名義)		
	<input type="checkbox"/>	領収書		
	<input type="checkbox"/>	購入した福祉用具のパンフレット		

調査月日	年	月	日
決定月日	年	月	日
振込月日	年	月	日
支給対象費用	円		
既保険給付額	円		
保険給付額	円		
自己負担額	円		

保険給付額90,000円以内

銀行 信用金庫 信用組合	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	

保険料納付状況

・未納保険料 (有・無)

・滞納保険料 (有・無)

受付	調査	申請入力	係長	口座入力

受付印