

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保 険 者 番 号											
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号											
		個 人 番 号											
生年月日	年 月 日												
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	購入金額	福祉用具が必要な理由										
	販売事業者名	購入日											
(種目名)		円											
(商品名)	(指定事業者番号)	年 月 日											
(種目名)		円											
(商品名)	(指定事業者番号)	年 月 日											
(種目名)		円											
(商品名)	(指定事業者番号)	年 月 日											
(種目名)		円											
(商品名)	(指定事業者番号)	年 月 日											
南九州市長 様 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。 年 月 日 住所 南九州市 申請者 電話番号 氏名													

・この申請書に、領収書（内訳のわかるもの）及び福祉用具のパフレットを添付してください。

・対象となる福祉用具を複数購入した場合は、「福祉用具が必要な理由」についても個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合裏面に記載してください。なお、居宅介護・介護予防サービス計画（ケアプラン）に当該福祉用具が必要である旨が記載されている場合は、「福祉用具が必要な理由」の記載は必要ありません。申請時にケアプランを持参してください。

居宅介護・介護予防 福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀 行・農 協 信用金庫・信用組合		本・支店 出張所		種別	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

処 理 欄	資格・認定状況	□ 1 号 □ 2 号	□要支援（ ） □経過的要介護 □要介護（ ）
	保険料納付状況	未納保険料（有・無） 滞納保険料（有・無）	
	添付書類確認	□ 領 収 証 □ ケ ア プ ラ ン □ パ ン フ レ ッ ト □ 確 認 物 （ ）	
	備考	今年度購入の福祉用具 （ ） 今回支給額 × =	今回支給額 担当印