

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ		保険者	松阪市	2	4	2	0	4	0
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別		介護度					
住所	〒 松阪市 町 番地	電話番号	( )						
特定福祉用具 (種目及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日						
	製造 販売	円	年 月 日						
	製造 販売	円	年 月 日						
	製造 販売	円	年 月 日						
※選択制の福祉用具(固定用スロープ、歩行器、単点杖、多点杖)を購入される場合のみ								被保険者チェック欄	
私は、上の福祉用具を貸与ではなく購入を選択するうえで、事前に福祉用具専門相談員またはケアマネジャーから購入にあたるメリット、デメリット等の情報を提供され、そのことを理解しました。									

(あて先) 松 阪 市 長

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(請求)します。

年 月 日  
 申請者 住所 電話番号  
 (被保険者) 氏名 印 ( )

捨印

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。

振込指定口座	銀行 信用金庫 農協・漁協	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	
			2 当座	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

委任状	居宅介護(介護予防)福祉用具費の受領に関する一切の権限を下記のものに委任します。 委任者(被保険者) _____ 印 受任者(口座名義人) _____ 印
-----	---

※振込先が被保険者以外ときは、委任状に記入捺印してください。  
 (委任者と受任者の印は必ず別のものを使用してください。)

市記入欄

保険対象額	支給決定額
円	円

課長	主幹	係長	主任	担当

注 意

- ① この申請書に、下記の書類等を添付してください。
  - ◎福祉用具購入に要した費用に係る領収証
  - ◎給付対象種目であることが確認できるパンフレット等
- ② 保険対象購入費用に給付対象外費用が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。

(福祉用具が必要な理由)

(作成日)	年	月	日
(作成者)			
(作成者連絡先)		( )	

①被保険者の心身の状況

②日常生活動作の状況

③必要な福祉用具種別:( )

選定理由: ※選定された福祉用具に、最小限の機能以上の機能(折りたたみ機能など)がある場合は、必要とする理由を詳しくお書きください。