

介護保険福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	(フリガナ)			保険者番号					4	3	2	0	5	4
	氏 名			被保険者証 番号	0	0	0	0						
	生年月日	大・昭 年 月 日												
種目		商品名	製造事業者名	販売事業者名	購入金額 (消費税込)				購入日					
1 腰掛便座					円				令和 年 月 日					
2 特殊尿器					円				令和 年 月 日					
3 入浴補助用具					円				令和 年 月 日					
4 簡易浴槽					円				令和 年 月 日					
5 移動用リフトつり具					円				令和 年 月 日					
6 排せつ予測支援機器					円				令和 年 月 日					
選 択 制	固定用 スロープ				円				令和 年 月 日					
	歩行器 (歩行車を除く)				円				令和 年 月 日					
	歩行補助杖 (単点杖(松葉杖 を除く)、多点杖)				円				令和 年 月 日					
合 計					円									
必要な理由 購入選択理由 (欄が不足する場合 は裏面に記載)														

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。

令和 年 月 日

〒867－

水俣市長 様

(申請者) 住所 水俣市

氏名

(電話)

(提出代行者)

なお、福祉用具購入費の受領は、 1. 下記口座へ振込願います。 2. 販売事業者に委任します。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫・労働金庫		本店	金融機関コード				
			支店	店舗コード	/			
口座番号	普・当		(フリガナ)					
			口座名義人					

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び請求書、福祉用具のパフレットの写し等を添付して下さい。
・「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。(欄が不足する場合は裏面に記載)

保険料納付状況	滞納 ☐ 無 ☐ 有 ☐	今回購入費用査定額(10万円を限度) A	円				
保険給付率	☐ 90% ☐ 80% ☐ 70%	既に支給した福祉用具購入費の額 B	円				
介 護 認 定	☐ 支援() ☐ 介護()	支給限度基準額の残額(10万円-B) C	円				
認 定 期 間	～	保険給付対象額(AまたはCのいずれか低い額) D	円				
既支給種目	支給決定額(D× %)		円 (自己負担 円)				
課長	係長	係員	受付	入力	在宅確認	申請日	令和 年 月 日
						領収日	令和 年 月 日

※振込先口座は申請者名義の口座を記入して下さい(業者への委任払いの場合は委任状を添付のこと)。この面の訂正印は申請者の印となります。