

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費給付状況確認申請書

用具

年 月 日

(宛先) 旭川市長

(記入者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険法第44条第1項に規定する「居宅介護福祉用具購入費」及び同法第56条第1項に規定する「介護予防福祉用具購入費」に係る保険給付に関し、確認日現在における給付状況の確認について次のとおり申請します。

被 保 険 者 番 号	0 0 0 _____
フリガナ	_____
被 保 険 者 氏 名	_____
要介護状態区分等 (○で囲む)	要支援 ( 1 2 ) ・ 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____
生 年 月 日	明・大・昭 _____ 年 月 日
確認を要する年度	平成 _____ 年度分

<被保険者本人以外への結果通知を希望する場合のみ御記入ください>

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 被保険者氏名 \_\_\_\_\_  
 結果通知書については次の者に送付してください。  
 送付先住所 〒 \_\_\_\_\_  
 宛 名 \_\_\_\_\_

旭川市記入欄

確 認 日	_____ 年 月 日
要介護状態区分	要支援 ( ) 要介護 ( ) 認定有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

備 考

給付履歴

①	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								
②	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								
③	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								
④	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								
⑤	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								
⑥	年 月 日 購入	購入年度	年度	販売業者	購入費用額	円	支給可能限度額	円	決定・未決定
	購入品目								

給付制限 あり/なし