

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(記入者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____
 被保険者との関係 _____

年 月 日

(宛 先) 旭 川 市 長

次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。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|--------|--------|-------|--------|-------|-------------------|------|---|--|
| 被保険者番号 | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 被保険者(申請者)氏名 | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒 | | | 電話 () | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | | 製造事業者名 | 販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 | | | | | |
| 種 目 名 | 商 品 名 | | | 円 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | 円 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | 円 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | 円 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | 円 | 年 月 日 | | | | | |
| 購入金額合計 | | 円 | | | | | | | | |
| 決定金額 | | | | 円 | 決定日 | | | | | |
| 振込口座 ※振込口座は必ず被保険者本人の口座をご記入ください | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 口座名義人(被保険者本人) | | 銀行 | | 本店 | | 口座番号(右づめでご記入ください) | | | |
| | | | 信用金庫 | | 支店 | | | | | |
| | | 信用組合 | | 本所 | | | | | | |
| | | 農 協 | | 支所 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | 種類 | 1 普通 | 2 当座 | | |
| | | | | | | | 3 その他() | | | |

旭川市記入欄

| | | | | | |
|------------|---------|---------|--------|---------|-------|
| 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 | | | | | |
| 給付制限 あり/なし | | | | | |

* 添付書類 : 領収証, 購入した福祉用具のカタログ又はパンフレット(コピー)
 * 「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。欄内に記載できない場合は、裏面に記載してください。

福祉用具が必要な理由

(表面に記載しきれない分は、こちらに記載してください。)