

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			保険者番号			2	4	2	0	1	6
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女							
住所	電話番号										
販売事業者名				担当者連絡先							
種目名	商品名	製造事業者名	購入金額	購入日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
福祉用具が必要な理由 ※身体状況を踏まえ具体的に記入して下さい	事業者名 記入者名										
	(該当する項目にチェック) ☐ 介護支援専門員 ☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他()										
(あて先)津市長 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。 また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限については、下欄の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏名 ⑤ 電話番号											

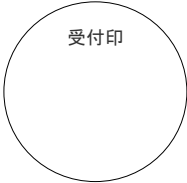
請求金額	円
------	---

口座振込 依頼欄	住所		
	受任者	事業者名	
	代表者名		
	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	
種目		口座 名義人	フリガナ
1 普通 2 当座 3 その他()			

(備考) ・この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

- ・「福祉用具が必要な理由」については、介護支援専門員又は販売した福祉用具販売事業者の福祉用具専門相談員が記入してください。
- ・御本人または御家族が記入する場合は、福祉用具専門相談員の助言を交えて具体的に記入してください。

また、個々の福祉用具について必要な理由を記入してください。



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		保険者番号		2		4		2		0		1		6	
被保険者氏名		被保険者番号													
生年月日		明・大・昭		年		月		日		性別		男		女	
住所		電話番号													
販売事業者名				担当者連絡先											
種目名		商品名		製造事業者名		購入金額		購入日							
サイズ、機能、品番等、どの商品を購入したか明確に記入してください。						円		年 月 日							
福祉用具が必要な理由		事業者名 記入者名 (該当する項目にチェック) ☐ 介護支援専門員 ☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他()													
※身体状況を踏まえ具体的に記入して下さい		既往歴や疾病等を踏まえた本人の身体状況を具体的に記入し、それにより困難な生活動作と福祉用具を利用することで改善される生活動作を記入してください。 ※「安心安全に生活ができる」だけでは状況が読み取れませんので具体的に記入してください。													
日付は空欄にしてください。		必ず押印が必要です。 申請書に訂正がある場合はこの印鑑で訂正してください。													
申請者(被保険者)		氏名													
住所		電話番号													

請 求 金 額	請求金額は空欄にしてください。	円
---------	-----------------	---

受任者	住所	福祉用具購入費を受領する受領委任取扱事業者(法人)を記入してください。				
	事業者名					
	代表者名					

口座振込 依頼欄	銀 行 農 協 信用金庫	本 店 支 店 出張所	口 座 番 号					
	種 目		口座 名義人	フリガナ				
1 普通 2 当座 3 その他()								

(備考)・この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

- ・「福祉用具が必要な理由」については、介護支援専門員又は販売した福祉用具販売事業者の福祉用具専門相談員が記入してください。
- ・御本人または御家族が記入する場合は、福祉用具専門相談員の助言を交えて具体的に記入してください。
- また、個々の福祉用具について必要な理由を記入してください。

受付印