

黒滝村介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（ 年 月購入）

被保険者	フリガナ					被保険者番号			
	氏名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女		
	住所	〒 -				電話番号 ()			
要介護度（認定期間）		要支援（ ）・要介護（ ）・経過的要介護 （ 年 月 日～ 年 月 日）							
	特定福祉用具		製造事業所名	事業所番号		購入日	購入金額(税込)		
	種目	商品名		販売事業所名					
1						年 月 日	円		
2									
3									
黒滝村長様 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します。 年 月 日 申請者名（被保険者） _____ 印									

口座振替依頼欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店		支店 支所 出張所		金融機関番号		店番号		
	預金種別	1 普通	2 当座	預金	口座番号						
	フリガナ										
	口座名義人										
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所						担当者名			

- (注) 1 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
 2 生活保護受給者については、※欄にも必要事項を記入してください。
 3 裏面にも記入欄があります。

黒滝村記入欄	備 考	添 付 書 類		入 力	受付年月日
		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 請求書			
		要介護度 <input type="checkbox"/> 支 <input type="checkbox"/> 介（ ）			
		～ . .			

〈特定福祉用具購入が必要な理由〉 居宅・介護予防サービス計画（ケアプラン）添付により省略

※理由欄の記載に代えて居宅サービス(介護予防サービス)計画の写しを添付した場合にも記入してください。

〈理由欄記入者種別〉 介護支援専門員 福祉用具専門相談員

〈事業所名〉 _____ 〈事業所番号〉 _____

〈氏名〉 _____ 印 〈電話〉 _____ () _____

- ※ 理由欄の記載は、居宅介護（介護予防）サービス計画の写しの添付に代えることができます。
- ※ 理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

記載例：「(身体状況) により (困難な状況) があるため、(福祉用具) を使用することにより、
(困難な状況の改善) ができる。」