介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ				保険者番号	3	1	4	0	3	9										
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														
要介護度	要支援（ 1 ・ 2 ） 、 経過的要介護 、 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）																			
有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日																			
住所	〒689-44 鳥取県日野郡江府町大字																			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日																
			円	平成	年	月	日													
			円	平成	年	月	日													
			円	平成	年	月	日													
福祉用具が必要な理由				合計 (円)																
				販売事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
<p>江府町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 鳥取県日野郡江府町大字</p> <p>申請者 (被保険者)</p> <p>氏名 ⑩ 電話番号</p>																				

注意 ・事前申請時には、見積書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・購入後、領収証を添付して下さい。
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

町記入欄

支 給 決 定 書					見積書	パンフレット	受付欄
支給金額	算 出 内 訳				領収書		
	費用額	給付率	保険者負担額	一部負担額			
円	円	90% 80%	円	円			