

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

		個人番号	
フリガナ		保険者番号	出雲崎町 1 5 4 0 5 4
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 0 0
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 - 電話番号 - -		
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	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			
出雲崎町長 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 住所 申請者 氏名 ㊟ 電話番号 - -			

注意 ・ 「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。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	普通	
			当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

※町記入欄(記入しないでください。)

要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具の種類等が確認できる書類(カタログ等)	
支給額 算定式	A 支給限度基準額	円
	B 既に支給済の支給対象額総額(令和 年度分)	円
	C 支給対象残額(A-B)	円
	D 今回の支給対象額	円
	E 利用者負担の割合	1割・2割
支給決定額		円