

# 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い)

フリガナ	保険者番号		4	0	3	4	9	3
被保険者氏名	被保険者番号		3	4	9	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女					
要介護度	有効期間: ～				被保険者区分	1号・2号		
住所	〒811-23 [ ] 柏屋町	電話番号 ( )						
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・所在地	購入金額		購入日			
①			円		年 月 日			
②			円		年 月 日			
福祉用具が必要な理由	① ②							
福祉用具購入費合計	円	申請基準額 (上限額 10万円)	支給対象残 ( )		円)			
本人負担額 ※記載不要	(負担割合: 割 領収日: )	円	支給予定額 ※記載不要		円			
柏屋町長様 年 月 日								
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申請します。なお、支給申請手続きに関しましては、右記申請代行者へ委任します。				申請代行者				
申請者(原則として被保険者ご本人)				申請代行者				
住所	柏屋町			住所 (所在地)				
氏名				氏名 (事業所名)				
(担当者氏名: )								

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。 (原則、被保険者本人名義)

口座振込 依頼欄	銀行	本店	1 普通預金					
	信用金庫	支店	2 当座預金					
	信用組合	出張所	3 その他					
	農協	支所						
フリガナ								
口座名義人								

〈添付書類〉

実際購入された福祉用具の写真  購入された福祉用具のパンフレット等  領収書原本  委任状(本人名義)  
以外の口座に振込を希望される場合

【注意】※入所・入院している方は、退所・退院してから申請して下さい。

※福祉用具の写真(購入した日付入り)は、納品状況、そのパンフレット等との照合ができるよう撮影してください。

★柏屋町処理欄(伺書)

起案 年 月 日

上記申請の介護保険住宅改修費を支給してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日	※保険料滞納 (あり・なし)
				入力	年 月 日	給付制限 (あり・なし)