

居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

(あて先) 金沢市長

居宅介護・介護予防 福祉用具購入費の支給を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 — (電話) —		

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者氏名		連絡先	() —
申請者住所	〒 —	本人との関係	1 家族 (続柄) 2 その他 ()

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	
------------	--

注意・この申請書に領収書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、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

受給資格	給付制限	従前福祉用具購入費支給	添付書類	今回申請分支給判定	口座
・介 ・経 ・支 ・無資格	有 無	有	領収書 パンフ	可	支給金額
					円
	給付割合	無		否	不支給理由
					円
				変更	

確 認 欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()	代理	法定・委任状・本人発行
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・()		

特定福祉用具が必要な証明等記載事項欄

福祉用具名	福祉用具が必要な理由	確認書類・作成者	販売事業者名 (指定事業者番号)	福祉用具 専門相談員
		<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ()	()	
		<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ()	()	
		<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ()	()	
		<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ()	()	

※特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員が記入する欄です。