

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払用)

フリガナ			保険者番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	生	性別	男 ・ 女							
住 所	〒										
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(事業所番号)		購入金額	購入日							
			円								
			円								
			円								
合計			円								
福祉用具が必要な理由 (ケアマネジャーの署名・捺印)	〔 居宅サービス計画の届出 有 ・ 無 〕 〔 居宅の事業所名 〕 ㊟										
福岡県介護保険広域連合長 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。 申請日 年 月 日 住所 申請者 (本人) 氏名 ㊟ 電話番号 届出者 氏名 電話番号 (本人との関係:)											

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。

口 座 振 込 依 頼 欄		銀行・農協 信用金庫 信用組合 労 金		支店 支所	種 目	口 座 番 号					
	金 融 機 関 コ ー ド		店 舗 コ ー ド		1 普通預金						
					2 当座預金						
		口 座 名 義 カ ナ									

※ 口座番号等を変更される方は、届出してください。

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前 回 までの 購 入 金 額	今 回 の 購 入 金 額	今 回 までの 通 算 金 額
円	円	円

・要介護(支援)認定 ☐有 ☐無 ・滞納 ☐有 ☐無 ・給付額減額 ☐有 ☐無

※添付書類 ☐の中にチェックをいれて下さい。

☐ 領収書(原本) ☐ パンフレット(写しで可)
☐ 納品が確認できる写真(日付入)
※自動排泄処理装置の交換可能部品の場合 ☐ 認定調査票(注1) 又は ☐ 主治医意見書又は医師の診断書(注2) ☐ サービス担当者会議の要点(第4表)

福祉用具購入受付番号

(注1) 認定調査票の場合は、「2-1 移乗」及び「2-6 排便」が共に「全介助」であること。
(注2) 主治医意見書又は医師の診断書は、介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見でも可。