

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	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 (ケアマネジャー署名)	〔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ください。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・給付額減額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--	---	--

※添付書類 の中にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット(写しで可) <input type="checkbox"/> 納品が確認できる写真(日付入) ◆排泄予測機器の場合(いずれかの書面) <input type="checkbox"/> 介護認定審査における主治医の意見書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等における医師の所見 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 個別に取得した医師の診断書
--

福祉用具購入受付番号