

川上村介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（ 年 月購入）

被 保 険 者	フリガナ				被保険者番号				
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒 - -			電話番号 ()				
要介護度（認定期間）		要支援（ ）・要介護（ ）・経過的要介護 （ 年 月 日～ 年 月 日）							
	特定福祉用具		製造事業所名	事業所番号		購入日	購入金額(税込)		
	種目	商品名		販売事業所名					
1						年 月 日	円		
2									
3									
川 上 村 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 申請者名（被保険者） _____ 印									

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称		銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店		支店 支所 出張所		金融機関番号		店番号		
	預金種別		1 普通	2 当座	預金		口座番号					
	フリガナ											
	口座名義人											
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所						担当者名				

- (注) 1 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
 2 生活保護受給者については、※欄にも必要事項を記入してください。
 3 裏面にも記入欄があります。

川上村 記入欄	備 考	添 付 書 類		入 力	受付年月日
		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 請求書			
		要介護度 <input type="checkbox"/> 支 <input type="checkbox"/> 介（ ）			
		～			

〈特定福祉用具購入が必要な理由〉 <input type="checkbox"/> 居宅・介護予防サービス計画（ケアプラン）添付により省略
※理由欄の記載に代えて居宅サービス（介護予防サービス）計画の写しを添付した場合にも記入してください。
〈理由欄記入者種別〉 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員
〈事業所名〉 _____ 〈事業所番号〉 _____
〈氏名〉 _____ 印 〈電話〉 _____ () _____

- ※ 理由欄の記載は、居宅介護（介護予防）サービス計画の写しの添付に代えることができます。
- ※ 理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

記載例：「（身体状況）により（困難な状況）にあるため、（福祉用具）を使用することにより、
 （困難な状況の改善）ができる。