**介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ３ | １ | ３ | ０ | ２ | ３ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明･大･昭　　　年　　 月　　 日 | 要介護度 |  |
| 住　　所 | 〒 　 　電話番号 (　 　) 　　― |
| 福　祉　用　具　名(種目名及び商品名) | 製造事業者及び販売事業者名 | 購　入　金　額 | 購　入　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　別紙に記載 |
| 確認者記入欄 |  申請内容が適正であることを確認しました。　事業所名 氏　　名　　　　　　　　　　　　　職名（介護支援専門相談員・地域包括支援センター　　　　　　　　　） |
|  岩　美　町　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 　　　　住所 申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　氏名 　 電話番号(　 　) 　　　― |

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下さい。

　　・公金振込口座登録がされていない場合は、公金振込口座登録申請書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下さい。欄内に記載が

困難な場合は、別紙に記載して下さい。

（別紙）

|  |
| --- |
|  　福祉用具が必要な理由 |

 （町担当者記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・認定状況 | □1号　□2号 | □要支援（ 1 ･ 2 ）　□経過的要介護□要介護（ 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 ･ 5 ） |
| 保険料納付状況 | 未納保険料（ 有 ･ 無 ）　　滞納保険料（ 有 ･ 無 ） |
| 負担割合 | □　１割　　　　□　２割　　　　□　３割 |
| 住民税世帯課税 | □課税世帯　　　□非課税世帯 |
| 　既支給状況 | 有 ･ 無（　　　年度購入：購入用具種目 ）今年度支給済額　　　　　　　×0.　＝ 円 |
| システム入力 | □済 |
| 備　　　考 |  |