介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		保険者番号	九重町	４４４６１２	
		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男・女	要介護度	要介護（　）・要支援
住所	〒 電話番号				

購入種目及び商品名	製造事業者名等	販売事業者名等	購入金額	購入年月日
			円	
			円	
			円	
			円	

福祉用具が必要な理由	

九重町長　殿

上記のとおり居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を関係書類を添えて申請します。

年　月　日

住所

申請者　　電話番号

氏名　　印

注意・この申請書に領収証と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。

・居宅サービス計画を作成している場合は計画の写しを添付してください。

九重町記入欄

領収確認欄	パンフレット等の添付確認

保険料納付状況		備考
未納保険料	滞納保険料	
有　・　無	有　・　無	
給付制限状況	給付割合	
有　・　無		