

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		被保険者番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	〒 電話番号	
福祉用具の種目 (該当種目に○)	腰掛便座 入浴補助用具 簡易浴槽 排泄予測支援機器 自動排泄処理装置交換可能部品 移動用リフトのつり具 スロープ 歩行器 歩行補助つえ	
製造事業者名	商 品 名	購入金額
		¥
		¥
		¥
販売事業所名・指定番号		購入年月日 令和 年 月 日
		購入金額合計（消費税込）
		¥
福祉用具が必要な理由(購入用具ごとに記載)		
担当ケアマネジャー ()		
<p>※1.担当ケアマネジャーが作成するケアプランのコピーを添付する場合は理由の記載は不要です。 ※2.担当ケアマネジャーがいない場合は理由の記載は不要です。福祉用具専門相談員の作成した福祉用具サービス計画書のコピーを添付してください。 ※3.排泄予測支援機器を購入する場合は、医学的な所見の確認のための書面及び排泄予測支援機器確認調書の提出が必要です。</p>		
あて先 横須賀市長 上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請をします。 令和 年 月 日 住 所 申請者氏名 （被保険者） 電話番号		

指定振込口座

振 込 口 座 欄	金融機関名				本・支店名				
	金融機関コード		店舗コード		種目	口座番号			
					普 通				
					当 座				
	フリガナ								
口座名義人									
委 任 欄 【口座名義人が被保険者でない場合】				この申請に係る金銭の受領を上記の者（口座名義人）に委任します。 被保険者 _____					

事務処理欄

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> 購入福祉用具のパンフレット等 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画書またはケアプランのコピー <input type="checkbox"/> 医学的な所見が記載された書面（排泄予測支援機器の場合） <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 確認調書
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------