

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			被保険者番号			
生年月日	年 月 日					
要介護区分	支1・支2・1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今年度購入額	年 月 購入 円		年 月 購入 円			
理由書作成事業所名	理由書作成者氏名		資格	理由書作成年月日		
			・介護支援専門員 ・福祉用具相談員 ・その他()	年 月 日		
福祉用具名	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		
		円		年 月 日		
合 計		円		年 月 日		

北見市長様

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
(被保険者)

氏 名

印

電話番号

()

- 注意
- ・この申請書に介護支援専門員等が作成した「福祉用具が必要と認められる理由を記した書類」、「個々の用具ごとに購入額がわかる書類(納品書等)」、「領収書」、「福祉用具のパフレット等」を添付してください。
 - ・欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

支払方法	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
1. 口座振込			1. 普通預金	
2. 窓口払い			2. 当座預金	
3. 隔地払い			3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 北見市記入欄

費用額	A(≦100000) 円	保険給付額	B=A×0.9 円		利用者負担額	A-B 円
区 分	添付書類	受 付	入 力	確 認	居宅介護支 援事業所	今年度の費用額累計
1 新規	・理由書					円
2 再申請	・納品書等					
機能破損 介護 その他	・領収書 ・用具のパフレット等					
						基 本 番 号