

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入実施申請書

フリガナ		被保険者番号		/	
被保険者名		個人番号			
		要介護認定		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
		生年月日		年 月 日	
住所		〒		男・女	
		電話番号			
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 腰掛け便座	<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具	購入(予定)業者名		
	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具	<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	事業者番号		
	<input type="checkbox"/> 特殊尿器		購入(予定)金額	円	
	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽		購入予定時期	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 購入費見積書				
	<input type="checkbox"/> 購入用具のカタログ等				
	<input type="checkbox"/> 介護(予防)支援専門員(ケアマネジャー)意見書 ※指定様式あり				
	<input type="checkbox"/> その他				
清川村長殿					
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入の実施を申請します。					
年 月 日					
申請者住所 (被保険者)					
氏名			電話番号		

注意:この申請書の添付書類で福祉用具購入の内容等を確認したい場合は、その他書類の提出を求めることがあります。

介護（予防）支援専門員（ケアマネージャー）意見書

フリガナ			
被保険者名			被保険者番号
生年月日	明・大・昭	年	月 日
性別	男 ・ 女		
住 所	〒		
	電話番号		
◎福祉用具購入を必要とする理由 要介護度（ ）			
◎当該福祉用具購入により期待できる効果			
事業所所在地			
事業者名	（事業者番号 ）		
介護（予防） 支援専門員名			
【電話番号】			
【ファクス番号】			

第3号様式(第4条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入完了届兼給付費支給申請書

年 月 日

清川村長 殿

年 月 日付で承認を得ました介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入について、下記のとおり購入しましたので関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ			被保険者番号										
申請者名 (被保険者)			個人番号										
住 所	〒												
	電話番号												
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 腰掛け便座	<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具	購 業 者 名										
	<input type="checkbox"/> 入浴補助具	<input type="checkbox"/> その他(具体的に)											
	<input type="checkbox"/> 特殊尿器			事業者番号									
	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽			購 金 入 額									
	購入年月日	年 月 日	円										
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入領収書(写)												
	<input type="checkbox"/> 請求書 ※指定様式あり												
	<input type="checkbox"/> その他												

注意:この申請書の添付書類で福祉用具の購入内容等を確認したい場合は、その他書類の提出を求めています。

口座振込依頼欄	銀 行	本 店	1 普通預金
	信用金庫	支 店	2 当座預金
	信用組合	支 所	3 その他
	農 協	出張所	
	金融機関コード	店舗コード	口 座 番 号
	口座名義人	(フリガナ)	

注意 :口座名義人は、申請者(被保険者)の口座を記入ください。

請求書

下記の金額を請求いたします。

年 月 日

請求金額 円

但し、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費給付金として

住所 〒

氏名 ⑩

電話番号

清川村長 殿

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号
	口座名義人	(フリガナ)	