

# 福祉用具 申請

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			保険者番号	215038
被保険者氏名			被保険者番号	030000
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 (電話番号)			
福祉用具名 (種類名及び商品名)	製造事業者名	県指定 販売事業者名	購入金額	購入日
			円	平成 年 月 日
			円	平成 年 月 日
			円	平成 年 月 日
福祉用具が 必要な理由	<hr/> <hr/>			

川辺町長 様

上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。

平成 年 月 日

## 住所

### 申請者

電話番号

氏名

印 ( ) -

注意 ※助成対象福祉用具は、介護保険制度における具指定の福祉用具販売事業者での購入に限ります。

※購入前に販売事業者は、介護保険制度による認定の福祉用具販売業者でない場合は、該機器を購入することができません。

※「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。身体状況・介護者の状況・生活動作の状況等を記入し、必要となつた具体的な理由を記載してください。

【添付書類】□ 購入された福祉用具のパンフレット等

□ 領収書(あて名は被保険者名でお願いします。)

**介護保険福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。**