

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	023622		
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女		
住所	〒 Tel.				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業社名及び 販売事業社名	購入金額	購入日		
		円	令和	年	月 日
		円	令和	年	月 日
		円	令和	年	月 日
購入金額合計		円	/		
福祉用具が 必要な理由					
<p>大鰐町長 山田 年伸 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒 - 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名 本人との関係 ()</p>					

《注意》・納品書又は請求書、領収書及び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。
欄内に記載が困難な場合は、別紙（任意の様式）に記載してください。
- ・受領委任払いでの給付を希望する場合は別紙【受領委任払い届出書】を提出して下さい。
※受領委任払い届出書を提出した場合には、下記口座欄の記入は不要です。

(令和4年4月～)

「排泄予測支援機器」の購入が可能となりました。申請される際には、医学的な所見の確認として、下記の書類（いずれか1つ）を添付してください。また、別添の「確認調書」も必要となります。

- ①介護認定審査における主治医の意見書
- ②サービス担当者会議等における医師の所見がわかる書類
- ③介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見がわかる書類
- ④個別に取得した医師の診断書 等

※ 大鰐町記入欄 ※

介護区分	有効期限	添付書類 等確認欄	保険料 納付状況		支給決定金額
	年 月 日 ～ 年 月 日	1 パンフレット 2 領収書	未納保険料	有・無	円
			延滞保険料	有・無	

【償還払いの方】

◎ 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 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 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ						
	口座名義人						

※代理人が申請する場合は、下記の委任状をご記入下さい。

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。

委 任 状

大鰐町長 山田 年伸 殿

私は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請に関する権限を、下記の受取人に委任します。

令和 年 月 日

<委任者>

住所

氏名

<受任者>

住所

氏名

電話番号

(被保険者との関係:)