

介護保険 居宅介護 福祉用具購入費支給申請書
介護予防

(あて先)京都市長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名

介護保険法施行規則		<input type="checkbox"/> 第71条第1項の規定により居宅介護福祉用具購入費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> 第90条第1項の規定により介護予防福祉用具購入費		
被保険者	住所	電話 ー		
	フリガナ	被保険者番号	ー	
	氏名			
特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)の購入が必要な理由		<input type="checkbox"/> 別紙サービス計画の写しのとおり <input type="checkbox"/> 別紙理由書の写しのとおり <input type="checkbox"/> 別紙販売計画の写しのとおり		
上記の種目及び商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業者番号)	購入費用	購入を行った年月日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日

- 注 1 該当する口には、u 印を記入してください。
- 2 福祉用具の購入に係る福祉用具のパンフレット及び領収書を添付してください。

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

指定 口座	金融機関コード				店舗コード			種別	口座番号					
								1 普通						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所			2 当座						
								3 貯蓄						
口座 名義人	フリガナ													
	漢字													

(次の欄は、支給決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

上記の申請について、下記のとおり <input type="checkbox"/> 支給 ・ <input type="checkbox"/> 不支給 を決定します。							
平成	年	月	日	起案	課長	課長補佐・係長	係員
平成	年	月	日	決定			/
審 査	特定福祉用具の種類		()				
	同一品目再支給有無		<input type="checkbox"/> 有(理由) <input type="checkbox"/> 無				
支 給 額 審 査	別紙入力確認票のとおり						
決 定	<input type="checkbox"/> 支給	支給金額		円			
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由					
申請受理簿	負担額減免	一時差止	給付額減額	電算入力	窓口払記録	備考	