

市町村受付印

広域連合受付印

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名			保険者番号										
			被保険者番号										
住 所	〒				生年月日		明・大・昭		年		月 日		
					電話番号								
対象種目	種目番号	商 品 名 (型式含む)											
1. 腰掛け便座		製 造 業 者 名											
2. 特殊尿器		販 売 業 者 名											
3. 排泄予測支援機器		購 入 日		年		月		日		購 入 金 額 (販売金額)		円	
4. 入浴補助用具		購 入 日		年		月		日		購 入 金 額 (販売金額)		円	
5. 簡易浴槽	種目番号	商 品 名 (型式含む)											
6. 移動用リフト のつり具部分		製 造 業 者 名											
7. スロープ		販 売 業 者 名											
8. 歩行器		購 入 日		年		月		日		購 入 金 額 (販売金額)		円	
9. 歩行補助つえ		購 入 日		年		月		日		購 入 金 額 (販売金額)		円	
沖縄県介護保険広域連合長 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。 また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。 年 月 日 住所 電話番号 () 申請者 (本人又は家族) 氏名													

口座振込依頼欄	銀行・農協	本所・本店	種 目	口 座 番 号								
	金庫・漁協	支所・支店		1 普通預金								
	金融機関コード	出張所	2 当座預金									
		店舗コード										
	フリガナ 口座名義人											

※申請に必要な書類

①「介護保険 福祉用具購入を要する理由書」
 ②領収書（原本もしくは写し） ③本人の預金口座の写し ④福祉用具のカタログの写し
 ⑤「居宅サービス計画書（1）（2）表」（ケアマネージャーと契約している場合）※理由記載あり
 ⑥「特定福祉用具販売計画書」 ⑤もしくは⑥はどちらかが必須

市町村・広域記入欄

市 町 村	広域連合	備 考	
	申請内容確認 電算入力処理	申請内容確認	・限度額残高（ 円） ・ケアプラン（ 有 ・ 無 ）
担当者印			