|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明･大･昭　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 製造事業者名及び販売事業者名（事業所番号） | 購入金額 | 購　入　日 |
|  |  | 円 | 　　 年 月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 円 | 　　 年 　月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 過去1年間における直近の入所・入院状況 | １．なし　　　　２．入所・入院あり　　（退所・退院時期：　　　年　　　月　　　日）　　　　　　　　　　　　　　（施設・病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出雲市長　　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。　　　年　　　月　　　日　申請者　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　氏　名 |

|  |
| --- |
| 申請の、居宅介護（介護予防）福祉用具購入は必要と認めます。　　　介護支援専門員（ケアマネジャー）　　　　所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号注意　・この申請書の裏面に、福祉用具販売が位置付けてある居宅サービス計画書(1)(2)の写し、また領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。　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　　　　　　　　　金庫・組合 | 　　　　　　　本店･支店　　　　　　　　出張所 | 種　目 | 口座番号 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

　　　　市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護状態区分 | 要支援　　(　1　・　2　)要介護　（１・２・３・４・５） | 保険給付対象額 | 円 | 支給決定額 | 円 |
| 負担割合 | 　　　　　　　割 | 前回までの支給済対象経費累計 | 円 | 利用者負担額 | 円 |
| 備　　考 |  | 確認欄 |  |

 |

様式第14号（第15条関係）