

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ		保険者番号		1	1	2	0	1	1
被保険者氏名		被保険者番号	1	0	0				
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 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名 (事業者番号)		購 入 金 額			購 入 日			
			円			年 月 日			
	事業者番号								
			円			年 月 日			
	事業者番号								
			円			年 月 日			
	事業者番号								
福祉用具が 必要な理由									
(提出先) 川越市長 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 (被保険者本人) 氏名 印 電話番号 ()									

注意・介護保険法の規定による指定を受けた事業者から特定（介護予防）福祉用具を購入した場合に限り、支給対象となります。

- ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット又は福祉用具の概要を記載した書面を添付してください。
- ・「福祉用具が必要な理由」の欄は、特定（介護予防）福祉用具販売計画の写しを添付した場合に限り記載不要です。

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	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						
			2. 当座						
	フリガナ								
口座名義人									

注意・被保険者本人以外の口座に振込みを希望される場合には、委任状を添付してください。

※川越市記入欄

要介護（要支援） 状態区分	支 1・2 介 1・2・3・4・5	認定有効期間	. . . ~ . . .	
購入金額 A	限度額 B	A・Bのいずれか少ない額	支給額 C × 0.9	本人自己負担額
円	円	円	円	円