

介護保険特定（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		1	4	3	4	1	2
	被保険者番号		0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
要介護度区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
認定期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
住所	〒 電話番号							
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名 販売業者名	購入金額	購入年月日					
		円	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
		円	令和	年	月	日		
<p>大磯町長殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特定（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>氏名</p>								

※申請書を提出の際は、領収書及び介護支援専門員等が作成した福祉用具が必要と認められる理由を記載した書類、福祉用具のパンフレットを添付してください。

※福祉用具が必要な理由書は、個々の用具ごとに必要性がわかるように記載してください。

※福祉用具の販売には、介護保険事業所としての登録が必要です。購入の際は、販売店へご確認ください。

申請書類のチェック（市町村記入欄）

- 申請書
- 福祉用具が必要な理由書
- 領収書
- カタログ等の写し
- 請求書

受付印