

天川村介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(令和 年 月購入)

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号							
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女						
	住 所	〒		—		電話番号 ()					
要介護度（認定期間）		要支援 () ・ 要介護 () ・ 経過的要介護 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)									
	特定福祉用具		製造事業所名	事業所番号	購入日	購入金額(税込)					
	種目	商品名		販売事業所名							
1					令和 年 月 日	円					
2											
3											
天 川 村 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。											
令和 年 月 日											
申請者名（被保険者） _____ 印											

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	☐ 本店	支店 支所 出張所	金融機関番号				店番号		
	預 金 種 別	1 普通 2 当座 預金			口 座 番 号						
	フリガナ										
	口座名義人										
☐ 生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所							担当者名		

(注) 1 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
2 生活保護受給者については、※欄にも必要事項を記入してください。
3 裏面にも記入欄があります。

天川村 記入欄	備 考	添 付 書 類	入 力	受付年月日
		☐ 領収書 ☐ パンフレット ☐ ケアプラン ☐ 委任状 ☐ 請求書		
		要介護度 ☐ 支 $\square$ 介 ()		
		・ ・ ～ ・ ・		

〈特定福祉用具購入が必要な理由〉 ☐ 居宅・介護予防サービス計画（ケアプラン）添付により省略
※理由欄の記載に代えて居宅サービス(介護予防サービス)計画の写しを添付した場合にも記入してください。 〈理由欄記入者種別〉 ☐ 介護支援専門員 ☐ 福祉用具専門相談員 〈事業所名〉 _____ 〈事業所番号〉 _____ 〈氏 名〉 _____ 印 〈電 話〉 _____ () _____

※ 理由欄の記載は、居宅介護（介護予防）サービス計画の写しの添付に代えることができます。
 ※ 理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

記載例：「(身体状況) により (困難な状況) にあるため、(福祉用具) を使用することにより、
 (困難な状況の改善) ができる。