

介護保険 居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号				0	1	4	0	2	7
被保険者氏名			被保険者番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女								
住所	〒											
電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名		購入金額		購入日							
			円		令和 年 月 日							
			円		令和 年 月 日							
			円		令和 年 月 日							
福祉用具が必要な理由												
岩内町長 様												
上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。												
令和 年 月 日												
住所												
申請者												
氏名 ⑩ 電話番号												

注意・この申請書に領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

- ・「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ください。
- ・欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。

※岩内町記入欄【要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5】

区 分		保険料納付状況		領収書 確認欄	パンフレット等 確認欄	備 考	
☐ 一般 ☐ 支払方法の変更 ☐ 給付額減額		未納保険料 ☐ 有 ☐ 無 滞納保険料 ☐ 有 ☐ 無				☐ 償還払 ☐ 委任払	
決定 欄	総購入金額	保険給付対象額	被保険者負担額 (%)	保険者給付額 (%)	滞納分控除額	差引決定額	
	円	円	円	円	円	円	