

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		保険者番号		3	8	2	0	6	9
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒 西条市 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	購入年月日						
		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									
西条市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号（ ） -									
居宅介護支援事業所名	担当者名	電話番号							

必要な添付書類

- ①領収証（被保険者本人宛）
- ②福祉用具のパフレット（コピー可）
- ※「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、裏面に記載してください。

受付

★西条市記入欄（以下は記入しないでください。）

確認事項		下記のとおり決定してよろしいか。			
要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	令和 年 月 日			
支給限度額	円	課長	副課長	係長	係
支給対象額	円				
支給率	/100 ()	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給			
支給額	円	支給決定額 円			
備考					