

**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			1	0	2	0	9	5
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	年 月 日										
住所	〒 藤岡市										
	電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業所名及び 事業所番号		購入金額		購入年月日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
福祉用具が必要な理由											
(あて先) 藤岡市長 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。 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                     申請者 (被保険者)                 </div> <div style="text-align: center;">                     住所 氏名 電話番号                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                     提出者                 </div> <div style="text-align: center;">                     事業所名 担当者名 電話番号                 </div> </div>											

注意 ・ この申請書に、領収証及び購入した福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。  
 ・ 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

※市記入欄

要介護____・要支援____	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						<input type="checkbox"/> 居宅
支給限度額A 100,000円	今回購入額D 円		支給予定額G(=E×F) 円				
既利用額B (前回までのEの合計) 円	今回申請額E (CとDのいずれか少ないほう) 円		差止しない・差止する 差止額H 円 (保険料控除予定年月 年 月)				
残額C 円	給付率F %		今回支給額I(=G-H) 円				
上記のとおり決定してよろしいか、伺います。							
供覧 要指示	市長	副市長	部長	課長	係長	担当	決裁 年 月 日
							完結 年 月 日
							保存 永・10・5・3・1
公開・非公開			開示・非開示			分類番号 . .	