

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------|--|---------------|-------|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | 保険者番号 | | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| | 氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | 電話番号 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 _____ 練馬区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護（ ）要支援（ ） | 承認番号 | | 承認日 | 年 月 日 | | | | |
| 購入種目 | 腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・排せつ予測支援機器・ 入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具の部分・スロープ・歩行器・ 歩行補助つえ | | | | | | | | | |
| 契 約 締 結 事 業 者 欄 | 領収日 | 年 月 日 | | | 保険対象額（総額） | | | | | |
| | 住所 | | | | 円 | | | | | |
| | 名称 | 受領委任払い 登録番号 _____ | | | 自己負担額（割） 円 | | | | | |
| | 代表者 | 電話 _____ | | | 保険給付額（割） 円 | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給について申請します。 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | | | |
| 住所 _____ | | | | | | | | | | |
| 氏名 _____ | | | | | | | | | | |
| 電話番号 _____ | | | | | | | | | | |
| 練馬区長殿 | | | | | | | | | | |

* 関係書類として、利用者負担分の領収書を添付してください。

【業務欄】

| | | | |
|------|----------------------|------|---|
| 購入履歴 | 有（ 年 月 日 品目【 _____ 】 | 申請金額 | 円 |
| | 有（ 年 月 日 品目【 _____ 】 | 申請金額 | 円 |
| | 有（ 年 月 日 品目【 _____ 】 | 申請金額 | 円 |
| | 無 | 残額 | 円 |
| 給付制限 | 無 有 | | |
| 送付先 | 無 有 | | |
| 関連宛名 | 無 有 | | |
| 負担割合 | 無 有 | | |