

介護保険福祉用具購入費支給申請書【償還払】

保険者番号	中津市 4 4 2 0 3 8	個人番号																
フリガナ		被保険者番号	0 0															
被保険者氏名 (申請者)	生年月日											負担割合※						
	明・大・昭 年 月 日											割						
住所※	電話番号 - -																	
要介護度等※	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5																	
種目名	商品名			製造事業者名			購入金額			備考								
							円											
							円											
							円											
							円											
購入日	年 月 日			申請額(請求額)					円									
販売事業者名				福祉用具販売 事業者登録番号														
必要 な 理 由 が	書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書及び課題整理総括表 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書及び生活機能評価表 上記福祉用具が必要な理由については、ケアプラン等に記載の通りです。 ※ケアプラン作成担当者がいない場合は、ケアプラン等に代わり別紙理由書を作成添付してください。 その場合、下枠には福祉用具専門相談員の氏名等を記入してください。																
	プラン 成 者 等	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者	事業所名															
		<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	電話番号			- -												
	<input type="checkbox"/> その他( )	職員氏名																
中津市長 あて 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ので、 下記の口座に振込みください。ただし、上記の※欄は福祉用具購入日時点の情報です。 年 月 日 被保険者氏名(申請者)																		

注意・[特定福祉用具販売計画書]及び[商品が確認できるカタログ等]を添付してください。  
 ・特注の場合は、[金額が確認できる見積書等]及び[福祉用具が確認できる写真等]が別途必要となります。  
 ・[購入日]、[購入者の氏名]及び[購入した福祉用具の商品名等]が確認できる領収書を添付してください。  
 ・ケアプラン(居宅サービス計画書または介護予防サービス計画書)の写しを添付してください。  
 ・別紙理由書は、特別に説明が必要な場合(過去に同一商品を購入した等)に添付してください。  
 ・課題整理総括表または生活機能評価表は、同様の様式を用いることもできます。

金融機関名			預金種別		
銀行・組合 金庫・農協		本店 支店(所) 出張所	1. 普通・総合 2. 当座 3. その他( )		
金融機関コード	支店コード	口座番号(右づめ)			
フリガナ					
口座名義人					

受付印枠

市提出日 月 日

中津市記入欄	支給限度額 (A)	既支給額 (B)	上限額 (C)=(A)-(B)	支給対象額 (D)購入金額×支給割合	支給決定額 (C)と(D)の小さい方
資格確認及び書類不備	100,000				
保険滞納	円	円	円	円	円
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
プラン等	業者資格	用具計画	商品資料	承認決定	備考
有・無	有・無	有・無	有・無	可・不可	
申請書	領収書	特注商品確認資料	決定年月日		
有・無	有・無	有・無	年 月 日		
			決	課長	主幹
			裁		担当(正・副)

介護保険福祉用具購入費支給申請書【償還払】

記入例

Main application form with fields for insurance number, name, address, purchase details, and caregiver information.

注意・[特定福祉用具販売計画書]及び[商品が確認できるカタログ等]を添付してください。
・特注の場合は、[金額が確認できる見積書等]及び[福祉用具が確認できる写真等]が別途必要となります。
・[購入日]、[購入者の氏名]及び[購入した福祉用具の商品名等]が確認できる領収書を添付し、「居室サービス計画書」のうち第1表及び第2表の写し
・ケアプラン(居室サービス計画書または介護予防サービス計画書)の写しを添付してください。
・別紙理由は、特別に説明が必要な場合(過去に同一商品を購入した等)に添付してください。
・課題整理総括表または生活機能評価表は、同様の様式を用いることもできます。

Financial institution information table with columns for name, branch, and account number.

受付印枠
過去に同一商品を購入している場合、原則として支給申請ができません。

Summary table for application status, including columns for qualification, payment limits, and decision dates.