様式第1号（第6条関係）

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  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 | |  | | | | | 4 | 0 | 2 | 1 | 7 | 2 |
|  | |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　 月　　日生 | | 性　別 | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 ８ １ ８ －  筑紫野市  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福 祉 用 具 品 名  （種目名及び商品名） | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | 購　入　金　額 | | | 購　　　入　　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
| 合計金額 | 円 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | ※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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)　筑紫野市長  筑紫野市介護保険福祉用具購入費支給事務取扱要綱第6条の規定により、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。  　　　　年　　　 月　　　 日  申　請　者　 住所  電話番号  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　 1 領収証の写し 2 福祉用具の概要を記載した書類（パンフレットの写し等）

3 福祉用具販売計画書 4 請求書

　　　　　※領収証は原本をお持ちください。コピー後、原本は返却します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （筑紫野市記入欄）　 　割　【要支援　　　・要介護　　　】 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 合 計 購 入 金 額 | | | 福祉用具購入費支給対象額  （支給限度基準額10万円） | | | | 支　給　決　定　額 | |
| 円 | | | 円 | | | | 円 | |
| 上記のとおり介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費を支給してよろしいかお伺いします。 | | | | | | | | |
| 決裁 | 起案者 | 担　　当 | | 係 長 | 課長補佐 | 課 長 | | 起案　　　年　　月　　日  決裁　　　年　　月　　日 |
|  |  | |  |  |  | |