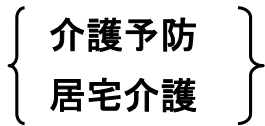


介護保険



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	明・大・昭		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()		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							

品 目 1	種目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器										
	商品名	メーカー製造元			販売店							
	購入金額	円 (消費税込み)				購入日	年 月 日					
	購入理由											
	過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()											

品 目 2	種目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器										
	商品名	メーカー製造元			販売店							
	購入金額	円 (消費税込み)				購入日	年 月 日					
	購入理由											
	過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()											

3品目→											あり・なし
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 _____											
練馬区長 殿											
電話番号 _____											

※ 関係書類として、福祉用具サービス計画書、請求書、購入品の領収証、カタログのコピー等を添付してください。

【区処理欄】

購入履歴	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	品目【 _____ 】	申請金額 _____	円
	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	品目【 _____ 】	申請金額 _____	円
	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	品目【 _____ 】	申請金額 _____	円
	<input type="checkbox"/> 無		残額 _____	円
給付制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
送付先	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
関連宛名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
負担割合	割			

3 品 目	種 目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器				
	商品名	メーカー 製造元		販売店		
				指定事業者番号		
	購入金額	円		(消費税込み)	購入日	年 月 日
	購入理由					
過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()						
4 品 目	種 目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器				
	商品名	メーカー 製造元		販売店		
				指定事業者番号		
	購入金額	円		(消費税込み)	購入日	年 月 日
	購入理由					
過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()						
5 品 目	種 目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器				
	商品名	メーカー 製造元		販売店		
				指定事業者番号		
	購入金額	円		(消費税込み)	購入日	年 月 日
	購入理由					
過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()						
6 品 目	種 目	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトの吊り具部分・排せつ予測支援機器				
	商品名	メーカー 製造元		販売店		
				指定事業者番号		
	購入金額	円		(消費税込み)	購入日	年 月 日
	購入理由					
過去に同品目を購入したことが (ある・ない) 購入が「ある」場合の購入時の要介護状態は 要介護・要支援 ()						

※ 2品目を超えない場合は、2枚目を添付する必要はありません。
ただし、1枚目の「3品目目の有無」欄が未記入の場合は、提出を求める場合があります。