**様式第９号**（第９条関係）

介護保険福祉用具購入費支給申請書

|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |
| 個　人番　号 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 福祉用具名(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 | 　 | 円 | 　 |
| 福祉用具が必要な理由 | 事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　 |
| 　曽於市長　様　　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。申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号　(被保険者)　氏名 |
| 　　注意・この申請書の裏面に，領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。　　　　・「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。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 要介護度 | 1　2　3　4　5　支援1　2 | 　 |