**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 |  |