様式第19号(第16条関係)

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 保険者番号 | 243436 |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒TEL　　　─　　─　　　　　 |
| 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 | 見積額 | 購入予定日 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 円 | 　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由※1 | 　 |
| 　朝日町長　　　　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　 | 　　TEL |
| 　 |

※1　個々の用具ごとに記載してください。福祉用具が必要な理由を明記した居宅サービス計画を添付する場合は記載しなくて構いません。

添付書類

　　見積書、当該用具を説明しているパンフレット等