

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				保険者番号					
被保険者氏名				被保険者番号					
				個人番号					
生年月日	年	月	日	要介護度等	支1・2 介1・2・3・4・5				
認定有効期間	～								
住所	〒			電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額	購入日			
(TAISコード)					円	年 月 日			
(TAISコード)					円	年 月 日			
(TAISコード)					円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由									
千代田区長 様 前のおおり、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 住所 〒 電話番号 申請者氏名 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。									
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称								
	事業所種別								

注意

- ・「福祉用具が必要な理由」については、福祉用具ごとに記載してください。
- ・指定事業者以外から購入した場合は、介護保険の給付対象となりませんので、ご注意ください。

添付書類

- ・事業者の発行した領収証
- ・福祉用具のパフレット等

給付費を以下の口座に振り込んでください。※申請者以外の口座への振込を希望する場合は、委任状が必要です。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種 目			口 座 番 号				
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行	記号				番号				
	フリガナ									
	口座名義人									