

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 番 号			
被保険者氏名	電話 ( )		個 人 番 号			
住 所	〒	生年月日	年 月 日			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	指定事業者番号 販売事業者名	購入金額	購 入 日			
	電話 ( )	円	年 月 日			
	電話 ( )	円	年 月 日			
	電話 ( )	円	年 月 日			
支払い方法	1 償還払い		2 受領委任払い			
福祉用具が 必要な理由						
千代田区長 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。 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 電話番号 ( ) 印 続柄						

- 注意
- ・ この申請書に、事業者の発行した領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。受領委任払方式の場合は、受領委任払方式利用申出書兼委任状、請求書兼口座振替依頼書も添付して下さい。
  - ・ 必ず指定事業者から購入してください。それ以外の事業者から購入した場合は、介護保険の給付金支給対象となりませんのでご注意ください。
  - ・ 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

上記については、下記の口座に振り込んでください。(受領委任払の場合は記入不要)

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座 3. その他				
	フリガナ						
	口座名義(被保険者)						

\* 本人名義人以外の口座に振込みを希望する場合は、別途委任状が必要です。