

介護保険

購入費支給申請書

被保険者の個人番号（マイナンバー）をお書きください。分からなければ、空欄でかまいません。

フリガナ	○ ○ × ×	保 険 料	2 6 2 0 8 9								
被保険者氏名	○ ○ × ×	被 保 険 者 番 号	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		個 人 番 号	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生 年 月 日	明・大・昭	〇〇年〇〇月〇〇日生	性 別	男・女							
住 所	京都府向日市寺戸町中野20										
		電話番号 075-931-1111									
福 祉 用 具 名 (種目及び商品名)	製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額				購 入 日				
福祉用具名 ○○○○ (商品名 ○○○○)	製 造 事 業 者 名 ○○○○ 販 売 事 業 者 名 ○○○○		〇〇〇〇円				〇年〇月〇日				
		円				年 月 日					
		円				年 月 日					
福祉用具が 必要な理由											
(宛先) 向日市長		被保険者がどのような状態で、なぜ福祉用具は必要なのか、福祉用具を使用することで、どのような効果が期待できるかを記載してください。									
上記のとおり関係書類を添付		〇年〇〇月〇〇日									
住所 京都府向日市寺戸町中野20											
申請者		電話番号 075-931-1111									
氏名 ○○ ○○		印									

福祉用具名：腰掛便座、入浴補助用具など

- 注意
- この申請書に、領収書、居宅サービス計画（第2表及び第3表）の写し、介護予防サービス計画（介護予防サービス支援計画表）の写し又は特定（介護予防）福祉用具販売計画の写し及び福祉用具のパ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、欄外に記載してください。
  - 支給の上限額を超過する場合は、超過分は自己負担となります。

福祉用具購入費の振込先をご記入ください。  
※記載内容に誤りがないようお気を付けてください。

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

口座振込み 依頼欄	銀行 信用金庫 協同組合	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 普通預金								
			2 当座預金								
			3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										