

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					1	4	3	0	1	6
被保険者氏名			被保険者番号	5									
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女									
住所	〒 ー 電話番号 ー ー												
状態区分	要支援	1 ・ 2	要介護	経 過 的 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日												
特定（介護予防）福祉用具		製造事業者名		購入に要した費用	購入日								
種目	商 品 名												
				円	年 月 日								
				円	年 月 日								
				円	年 月 日								
* 特定（介護予防）福祉用具の種目欄には、次の中から該当する番号を記入してください。 1. 腰掛便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 自動排泄処理装置交換可能部品 7. 排泄予測支援機器 8. スロープ 9. 歩行器 10. 歩行補助つえ				支払合計額		円							
特定（介護予防）福祉用具を必要とする理由													
販売事業者	名 称												
	電話番号			事業者番号									

葉 山 町 長 殿	
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。 また、振込口座が被保険者（本人）以外の場合には上記の申請額の受領を下欄の受取人に委任します。 年 月 日	
申請者	住 所

（被保険者）	氏 名
電話番号	

注意 * この申請書の裏面に、領収書及びカタログ等又は写しを添付して下さい。
* 「特定（介護予防）福祉用具を必要とする理由」は、個々の用具ごとに記載して下さい。
介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関名		支店名		種別	1 普通	口座番号					
						2 当座						
						3 その他						
	金融機関コード		支店コード		フリガナ							
							口座名義人					

〈受取人〉 ※振込口座が被保険者（本人）以外の場合には必ず記入して下さい。					
住所			続柄		

氏名		印		電話番号	

町記入欄					
添付書類	☐ 領収書	☐ カタログ等の写し	事業者指定確認	☐ 指定	
既支給額	支給限度額	購入費用額	支給決定額	自己負担額	実費分
円	円	円	円	円	円

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	ハヤマ ハナコ										黄色の部分以外は印刷後に、手書きで記入して下さい。																														
被保険者氏名	葉山 花子										被保険者番号	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1																				
生年月日	明・大・ 昭 12 年 1 月 1 日										性別	男・ 女																													
住所	〒 240 - 01 12 葉山町 堀内2135										電話番号 046 - 876 - 1111																														
状態区分	要支援		1		2		要介護		経過		的		1		2		3		4		5																				
認定有効期間	令和 1 年 5 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日																																								
特定（介護予防）福祉用具										製造事業者名										購入に要した費用										購入日											
種目	商品名																																								
01	△△製ポータブルトイレ										〇〇製造(株)										18,900 円										令和 1 年 5 月 1 日										
																					円										年 月 日										
																					円										年 月 日										
* 特定（介護予防）福祉用具の種目欄には、次の中から該当する番号を記入してください。 1. 腰掛便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 自動排泄処理装置交換可能部品 7. 排泄予測支援機器 8. スロープ 9. 歩行器 10. 歩行補助つえ																						支払合計額										18,900 円									
特定（介護予防）福祉用具を必要とする理由										記入例省略																															
販売事業者																																									
名称										□□販売(株)																															
電話番号										046-***-****										事業者番号										1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

葉山町長殿		日付は、申請する日(提出日)を記入して下さい。																			
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。 また、振込口座が被保険者（本人）以外の場合には上記の申請額の受領を下欄の受取人に委任します。																					
令和 1 年 5 月 1 日																					
申請者		住所 葉山町堀内2135																			
(被保険者)		氏名 葉山 花子										電話番号 046-876-1111									

注意 * この申請書の裏面に、領収書及びカタログ等又は写しを添付して下さい。
* 「特定（介護予防）福祉用具を必要とする理由」は、個々の用具ごとに記載して下さい。
介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	金融機関名				支店名			種別	1 普通		口座番号												
	□銀行				△支店				2 当座		0 0 0 0 0 0 0												
									3 その他														
	金融機関コード				支店コード			フリガナ															
	0	0	0	0	0	0	1	口座名義人		葉山 太郎													
〈受取人〉 ※振込口座が被保険者（本人）以外の場合には必ず記入して下さい。																							
住所		葉山町一色****										続柄 長男											
氏名		葉山 太郎										印		電話番号 046-875-****									

町記入欄		受取人氏名(葉山太郎)は直筆で記入して下さい。 また、印鑑も忘れずに押して下さい。																				
添付書類	□ 領収書																					
既支給額	支給限度額		購入費負担額										実費分									
円	円		円										円									