

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	タイ トウ タロウ	保険者番号		1	3	1	0	6	0
被保険者氏名	台東太郎	被保険者番号							
生年月日	明・大 ^昭 11年 11月 11日生								
住所	〒110-8615 台東区 東上野4-5-6								

被保険者証を参考に記入してください。

福祉用具名 (種目名・商品名・製造事業者名)	販売事業者名 (介護保険事業者番号)	購入金額	購入日
腰掛便座・楽々Pトイレ ((株)匿名介護製造所)	(株)匿名介護サービス (0123456789)	28,000円	〇〇年〇月〇日
	()	円	年 月 日
	()	円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	別紙計画書のとおり。
------------	------------

特記事項等がある場合はご記入ください。

台東区長 殿
上記のと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。
令和〇〇年 〇月 〇日

住所 台東区東上野4-5-6

申請者
(本人氏名) 氏名 台東 太郎 電話番号 03-5246-1249

住所 台東区東上野4-5-6 電話番号 03-5246-1249

代筆者
氏名 台東 花子 (本人との関係:)

- 注意・領収証、福祉用具のパンフレット等及び特定福祉用具販売計画の写し(利用者の同意を得ているもの)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入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。
 - ・この申請における販売事業者は、都道府県から指定を受けた販売事業者に限られます。

居宅介護(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	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	フリガナ 口座名義人		1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金	
受領については、口座名義人に委任します。				