

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	ナラシノ タロウ		保険者番号		1	2	2	1	6	8
被保険者氏名	習志野 太郎		被保険者番号		1	1	1	1	1	1
生年月日	明・大・昭	〇〇年 〇月 〇日生	個人番号							
負担割合	△割									
住所	〒275-〇〇〇〇 習志野市□□〇-〇-〇		ご不明の場合は空欄のままで結構です。 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇							
福祉用具の種目	商品名 製造事業者名	事業者番号 登録販売事業者名	申請額		購入日					
入浴補助用具	△△△	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	30,000円		〇年〇月〇日					
	□□化成	〇〇〇株式会社								
	〇〇〇	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	50,000円		〇年〇月〇日					
	◇◇◇	〇〇〇株式会社								
同一商品（スロープ、ロフトストランドクラッチ）を複数個購入する際、個数を追加で記入します。	事業者登録番号を記入します。		購入日は領収書の領収日をご記入ください。		年 月 日					
福祉用具が必要な理由	必要な理由を忘れずにご記入ください。スロープ、ロフトストランドクラッチを複数個購入する場合は必要箇所などの記載により複数個必要な理由をご記入ください。（入りきらない場合、別紙等にまとめてください。）									
習志野市長 〇〇 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。 〇〇年 〇月 〇日 住所 習志野市□□〇-〇-〇 申請者（被保険者）氏名 習志野 太郎 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 記入していただいた日付（購入日以降）で結構です。										

※申請額は、支給限度基準額（10万円）以内で記入してください。
また、同一年度内（4月から翌年3月まで）に購入した福祉用具について、これまでに申請実績がある場合は、その額を支給限度基準額から除いた額を上限として記入してください。

注意・福祉用具購入費は、福祉用具販売事業者の指定を受けた事業者から購入した場合に限り支給されます。
・この申請書の裏面に、領収証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裏面に記載してください。

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。（委任状が必要）

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	口座番号	
	金融機関コード	店番号	
	フリガナ	3 その他 ()	
	口座名義人		