

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	2 8 2 2 0 2	
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	大正・昭和	年 月 日	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
住所	〒		電話番号		
販売事業者名			事業所番号		
福祉用具商品名		種目コード	製造事業者名	購入年月日	購入金額
1				年 月 日	円
2				年 月 日	円
3				年 月 日	円
種目コード一覧	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ			購入金額合計	円
福祉用具が必要な理由 (品目ごとに記入)					
上記理由記入者		氏名	資格等		
		事業所名	電話番号		
加西市長 様 令和 年 月 日					
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。					
申請者 (被保険者)		住所			
		氏名（自署）			

注意 この申請書には、福祉用具購入に係る「領収証（原本）」及び「福祉用具のパフレット」等を添付してください。

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。

※ 口座名義人が被保険者と異なる場合（ただし、同一世帯の親族を除く。）は、「委任状」等の提出が必要です。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号（右づめで記入）			
	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	(続柄:)					

加西市記入欄

要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
負担割合	割	支給限度（残）額	円	未納保険料 有・無
支給対象額	円	支給決定額	円	備考