

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	3	1	2	1	9
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒 電話番号								

購入した福祉用具（必ず全項目を記入して下さい）

福祉用具名・製造メーカー・販売事業者	購入金額	購入日	購入理由（具体的に記入して下さい）		
品名 製造メーカー名 販売業者名 指定販売事業所番号	円	年 月 日	(理由)		
品名 製造メーカー名 販売業者名 指定販売事業所番号	円	年 月 日	(理由)		
合計額	円	※支給対象額	※保険給付額	※本人負担額	

(提出先) 足立区長

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。
本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

年 月 日

(申請者) 住所 _____
氏名 _____ (自署でない場合は押印必須、ゴム印不可)
本人との関係() 電話番号 ()

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。(原則ご本人の口座を記入ください)

口座振込	銀行 信用金庫 信用組合	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 2 当座						
依頼欄	フリガナ								
	口座名義人								

介護保険課確認欄

領収書	
パンフレット	
認定期間	
事業所指定	

入力	
口座	
登録	
決定	

未納期間	
給付制限	

年度内既請求額	
前回	年 月
給付	年 月
品目	年 月

注意事項

※この申請書に、本人宛の領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
※入院（所）中の方は、申請できません。予め購入が必要な方は、事前に介護保険課にご相談ください。