

# 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	1	2	9
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女					
住所	〒									
	電話番号									

①福祉用具名(商品名,種目)	購入金額	製造事業者名
	円	
1. 腰掛便座 2. 特殊尿器	購入日	販売事業者名
3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽	年 月 日	
5. 移動用リフトのつり具部分		事業所番号
②福祉用具名(商品名,種目)	購入金額	製造事業者名
	円	
1. 腰掛便座 2. 特殊尿器	購入日	販売事業者名
3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽	年 月 日	
5. 移動用リフトのつり具部分		事業所番号
③福祉用具名(商品名,種目)	購入金額	製造事業者名
	円	
1. 腰掛便座 2. 特殊尿器	購入日	販売事業者名
3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽	年 月 日	
5. 移動用リフトのつり具部分		事業所番号

①福祉用具が必要な理由	1. 居宅サービス計画に添付有
	2. 居宅サービス計画に添付無 (必要な理由)

**赤穂市長**

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

印

**注意** ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパン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下さい。

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
	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			

② 福祉用具が 必要な理由	1. 居宅サービス計画に添付有
	2. 居宅サービス計画に添付無 (必要な理由) .....
③ 福祉用具が 必要な理由	1. 居宅サービス計画に添付有
	2. 居宅サービス計画に添付無 (必要な理由) .....