

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 險 者 番 号		1	1	2	1	2	8
被保険者氏名			被保険者番号							
生 年 月 日	年 月 日生									
住 所	〒 ー		電話番号							
指 定 販 売 事 業 者 名			事業者番号							
商品名(品番)	種目※	製造事業者名	購入金額		購入年月日					
			円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
指 定 販 売 事 業 者 名			事業者番号							
商品名(品番)	種目※	製造事業者名	購入金額		購入年月日					
			円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
東松山市長 宛て 別紙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。 年 月 日 申 請 者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号										

注意 この申請書に、領収証、福祉用具サービス計画書の写し及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
なお、「指定外」の販売店で購入する場合は、給付の対象になりませんので、御注意ください。

○居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。
☐ 公金受取口座を利用する。
☐ 振込口座を指定する。
被保険者本人の口座を記入してください。被保険者本人以外の口座を指定する場合、下の委任状も記入してください。

委 任 状	
委任者 住所	氏名
以下の者を私の代理人と定め、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関して委任します。	
代理人 住所	氏名

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	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	普通 当座						
	フリガナ									
	口座名義人									

※種目は、次の番号で記入してください。
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の部分 ⑦スロープ ⑧歩行器 ⑨歩行補助つえ