

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 0 2 0			
被保険者氏名			被保険者番号	1 0 0			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	要介護 / 要支援	1・2・3・4・5	
住所	〒		—		認定有効期間・給付制限情報要確認		
指定販売 事業所名			指定販売 事業所番号				
連絡先	()		—		担当者名		
福祉用具商 品名	製造 事業 者 名 目	購入金額	購入日		福祉用具が必要な理由		
		円	令和	年			
			月	日			
			令和	年			
			月	日			
			令和	年			
			月	日			
購入金額合計		円					
尼崎市長 あて 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。 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。 なお、当該福祉用具の購入に際して、指定販売事業所から十分説明を受けた上で同意し、 別途「福祉用具サービス計画書」の交付を受けました。 令和 年 月 日 申請者 住所 _____ (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 () _____							
◇ 委任状 (口座名義人が被保険者と異なるとき)							
私は、口座名義人を代理人と定め、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を委任します。							
委任者 住所 _____ (被保険者) 氏名(自署) _____							
※自署が困難な場合は、記名押印でも可							

注意 ・ 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。

口座振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	種目	口座番号			
	店舗コード		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()				
フリガナ				本人との関係 (本人口座以外の場合)			
口座名義人							
◇支給します。	支給金額	課長	係長	係	受付	受付者	
令和 年 月 日	円						

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（裏面）

福祉用具事業者 製造事業所 T A I S コー	購入金額	購入日	福祉用具が必要な理由
—	円	令和 年 月 日	
—	円	令和 年 月 日	
—	円	令和 年 月 日	
購入金小計	円		

（備考：追記等）

※申請書の裏に両面印刷してください。