

介護保険特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	ナリタ タロウ		保険者番号	1	2	2	1	1	9				
被保険者氏名	成 田 太 郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
			個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
生年月日	明・大	昭	11	年	1	月	1	日	性 別	男	・	女	
住 所	〒 286 - 0033		成田市花崎町760										
			電話番号 0476 (20) 1545										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び指定特定 福祉用具販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日								
腰掛便座 ポータブルトイレ	〇〇〇〇化学 指定特定福祉用具販売事業者		25,000 円		00 年 00 月 00 日								
					日								
					日								
福祉用具が 必要な理由	例) 歩行が不安定であるため 立ち上がりが不安定であるため 等 居宅計画を作成している居宅支援事業者名等 (〇〇居宅介護支援事業所)												
(あて先) 成田市長 上記のとおり、関係書類を添えて特定（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 00 年 00 月 00 日 住所 成田市花崎町760 申請者 電話番号 0476 (00) 0000 氏名 成 田 太 郎													

複数用具購入する場合は、
購入月ごとに申請書を作
成してください。

注意 ・ 介護保険の福祉用具の購入は、指定特定福祉用具販売事業者からの購入に限られます。
 ・ この申請書の裏面に、指定特定福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・ 「福祉用具
困難な場合
福祉用具を
計画を作成していない場合は、指定特定福祉用具販売事業者が記載した福祉用具を必要とする理由を記載した証明書を添付してください。

署名または記名押印をお願いいたします。

特定（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。

口座振替 依頼欄	銀行	成田	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	成田	支店	① 普通預金	0	1	2	3	4	5	6
	農協		出張所	② 当座預金							
	金融機関コード	店舗コード	③ その他								
0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6										
フリガナ	ナリタ イチロウ										
口座名義人	成田 一郎										

添付書類 (チェックしてください)

申請者	市	書 類
✓		領収証 (本人宛のもの)
✓		パンフレット等
		(委任状)
✓		(受領委任払申出書)
		(福祉用具が必要な理由書)

記入内容を訂正する場合は、訂正部分に取消線を引いたうえで訂正し、訂正印の押印をお願いいたします。

生保受給	無・有	又和金額	円
給付制限	無・有	備 考	
入力/確認	済 / 済		

(裏面)

被保険者の状況

① 在宅	2. 入院中 (病院名 :)	3. 入所中 (施設名 :)
------	-----------------	-----------------

※ 入院・入所中の場合は, 特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできません。
ただし, 退院・退所に備えて福祉用具を購入された場合は, 退院・退所後に申請をすることが出来ます。

新規の要介護(支援)認定申請中の場合は, 特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできませんが, 要介護(支援)認定後に申請が出来ます。

委任状

00 年 00 月 00 日

(あて先) 成 田 市 長

被保険者 (委任者)	住 所	成田市花崎町760
	氏 名	成 田 太 郎 成 田 印
	生年月日	昭和11年1月1日

私は, 次の者に介護保険特定(介護予防)福祉用具購入費の (支給申請・受領) に
係る権限を委任したのでお届けします。

受任者	住 所	成田市花崎町000-00
	氏 名	成 田 一 郎
	被保険者との関係	長男
	電 話 番 号	0476-00-0000

(※ 委任状は申請者が被保険者と異なる場合に記入してください)

記入内容を訂正する場合は、訂正部分に取消線を引いたうえで
訂正し、訂正印の押印をお願いいたします。