

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			保険者番号		1	2	2	1	1	9
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒 - 電話番号 ( )									
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					
	-----		円		年 月 日					
	-----		円		年 月 日					
	-----		円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由	居宅計画を作成している居宅支援事業者名等 ( )									
(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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ( )										

- 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、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入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。  
 ・ 福祉用具を購入する場合は、居宅サービス計画に位置づける必要があります。居宅サービス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。

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 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	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

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)

※市確認欄	
介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
受領委任払	無・有
生保受給	無・有
給付制限	無・有
入力/確認	済 / 済

負担割合	1割・2割・3割
購入費用額	円
上記のうち 支給対象金額	円
支給金額	円
備考	

(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

年 月 日

(あて先) 成 田 市 長

被保険者 (委任者)	住 所	_____
	氏 名	_____ (印)
	生年月日	_____

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	_____
	氏 名	_____
	被保険者との関係	_____
	電 話 番 号	_____

(※ 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)