

# 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者 名				被 保 険 者 番 号						
フリガナ				生 年 月 日						
				年 月 日						
被 保 険 者 住 所										
福 山 市		町		丁 目		番 号				
番 地										
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)		製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額 <small>※介護保険支給対象となる福祉用具のみ記入してください。</small>		購 入 日	居 宅 サ ー ビ ス 計 画 等 の 写 しの 有 ・ 無			
(種目名)		(製造事業者名)		円		年 月 日	有 ・ 無			
1		(商品名)		(販売事業者名)		(事業所番号)				
		(福祉用具が必要な理由)								
(種目名)		(製造事業者名)		円		年 月 日	有 ・ 無			
2		(商品名)		(販売事業者名)		(事業所番号)				
		(福祉用具が必要な理由)								
(種目名)		(製造事業者名)		円		年 月 日	有 ・ 無			
3		(商品名)		(販売事業者名)		(事業所番号)				
		(福祉用具が必要な理由)								
<p>福 山 市 長 様</p> <p>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。</p> <p>なお、支給については次の口座に振り込んでください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 市 町 丁目 番 号</p> <p>申 請 者 番 地</p> <p>(被保険者) 名 前 電話番号 ( ) -</p>										
振 込 口 座	金融機関名		本・支店(所)名		預金種別		口座番号(右づめで記入)			
	銀行:労働金庫 農協:信用金庫 漁協:信用組合		本店(所) 支店(所) 出張所		1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他					
	ゆうちょ銀行の場合		貯金種目		店名コード		通帳記号		通帳番号(右づめで記入)	
			5 通常貯金(通常) 6 振替貯金(振替) 7 通常貯蓄貯金(通貯)		8 9 8		0 の			
口座名義人カナ (被保険者)										

- 【注意】** 1 この申請書には、購入した福祉用具の内訳が明確な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（裏面参照）。
- 2 「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。なお、4品目以上の購入があり表面に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

(裏面)

福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額 <small>※介護保険支給対象となる福祉用具のみ記入してください。</small>	購入日	居宅サービス計画等の 写しの有・無
4	(種目名)	(製造事業者名)	円	年 月 日	有・無
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				
5	(種目名)	(製造事業者名)	円	年 月 日	有・無
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				
6	(種目名)	(製造事業者名)	円	年 月 日	有・無
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				

■ 申請に必要な書類

- 被保険者本人名義の領収証の原本(内訳が明確なものに限る。)
- 購入した福祉用具の全景, 規模, 内容等が記載されたパンフレット等(コピー可)
- 医学的な所見がわかる資料及び排泄予測支援機器 確認調書 ※排泄予測支援機器購入時

提出者記入欄

区 分	名前・事業者等名称・連絡先
<input type="checkbox"/> 本人・家族	(名前)
<input type="checkbox"/> 事業者等	(事業所等名称)
<input type="checkbox"/> その他( )	(連絡先)

※ 福山市記入欄 (この欄は記入しないでください)

受付時確認欄

受付	認定状況	支給実績	販売事業者
<input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 保健福祉課 <input type="checkbox"/> 支所 受付者名	要介護度	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売事業者である 関係書類確認欄
	支( )・介( )	<input type="checkbox"/> 無	
	認定有効期間	保険料滞納	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のパンフレット等の書類 <input type="checkbox"/> その他( )
	年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 収納担当へ連絡 <input type="checkbox"/> 無	