

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

※太枠内は市で記入

フリガナ	コマツ タロウ		被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
被保険者名	小松 太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大(昭) 10年 10月 10日														
住所	〒 923-8650 小松市小馬出町91番地														
電話番号 22-4111															
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 購入日	保険請求額 利用者負担額												
家具調トイレ自立 3型N 暖房便座 (商品名)	コマツ化成(メーカー名) コマツライフ(販売店名)	30,000 円 令和 元年 5月 1日	領収書の金額、 領収書の日付を 記入して下さい												
福祉用具が必要な理由 坐骨神経痛や下肢筋力低下があり、トイレまでの歩行が困難であり、立ち座りが不安定な状態。 ベッド横にポータブルトイレを置き、特に夜間に排泄できるよう安全を確保したい。															
振込先	石川	銀行 金庫 組合	小松	本店 支店 出張所	① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他()										
	フリガナ	コマツ タロウ		口座番号	9 9 9 9 9 9 9										
	口座名義人	小松 太郎													
(あて先) 小松市長 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。															
令和 年 月 日															
申請者 住所 小松市小馬出町91番地															
氏名 小松 太郎															
電話番号 22-4111															

ご本人様の名前で統一して下さい

福祉用具が必要な理由を記入して下さい

- ※ 注意
- この申請書の他に、①領収書 ②福祉用具のパンフレット等を提出して下さい。
 - 「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下さい。欄内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。
 - 振込先は被保険者本人の口座のみとなります。

- 領収書
 - 購入した商品が分かるパンフレット等(コピーでも可)
- 以上2点を必ず添付して下さい

1