

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

被保険者番号								保険者番号	1	3	1	0	4	5
フリガナ								生年月日	年 月 日					
被保険者氏名														
住 所	〒													
購入日の要介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日							購入日の負担割合	割					
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 (指定事業者番号)					購入金額 購入日							
		()					年 月 日 円							
		()					年 月 日 円							
		()					年 月 日 円							
福祉用具が必要な理由	※利用者の同意を得ている福祉用具サービス計画書 (特定福祉用具販売計画書) の写しを必ず添付すること。													
新宿区長宛て 上記のとおり関係書類を添えて、介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 〒 住 所 電話番号 () 氏 名 印														

次の口座に介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費を振り込んでください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所			1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号				
	金融機関コード				店舗コード			フリガナ					
	*	*	*	*	*	*	*	口座名義					

注 意 (添付書類)

- この申請書に、領収書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、福祉用具サービス計画書に個々の用具ごとに記載してください。
- 請求の時効は、領収書の日付から2年となります。

【区記入欄】 要介護度 支 介 生保 制限 購入済品目

年度内既保険給付済額	審査決定額	自己負担額	支給決定額
円	円	円	円