

(あて先) 浜松市長

住所
申請者
氏名 印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので、介護保険法施行規則第 71 条第 1 項・第 90 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

記

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号							
フリガナ				2	2	1	3	0	9
		被 保 険 者 番 号							
住 所	〒		電話番号 ()				—		
福 祉 用 具 名 (種類名及び商品名)		製 造 事 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
指定特定福祉用具販売事業所の名称			事 業 所 番 号			支 払 方 法			
						償還払い・受領委任払い			
福祉用具が 必要な理由									

(注意) この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレットを添付してください。また、排泄予測支援機器の場合は、医学的な所見が分かる書類及び確認調書も併せて添付してください。

受領委任払いの場合は、介護保険住宅改修等受領委任払いに係る委任状を添付してください。

「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。なお、居宅サービス計画に特定福祉用具販売が位置付けられている場合には、福祉用具が必要な理由が記載された当該計画書でもかまいません。

居宅介護（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。

※受領委任払いの場合は、記入不要です。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所		口座種別		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 ()				
	フリガナ 口座名義人								

浜松市記入欄

認 定	区 分	未納保険料	負担割合	領収証	審 査	入 力	備 考
支援 介護	1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	有・無	1 割 2 割 3 割				