

介護保険 介護予防 福祉用具購入費支給申請書  
 居宅介護

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2 9 2 0 1 1			
	被保険者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
住 所	〒		電話番号			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額 指 定 番 号	購 入 日			
	(製)	円	年 月 日			
	(販)	指定番号				
	(製)	円	年 月 日			
	(販)	指定番号				
	(製)	円	年 月 日			
	(販)	指定番号				
福祉用具が 必要な理由						
(あて先) 奈良市長 上記のとおり関係書類を添えて介護保険予防・居宅介護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 _____ (被保険者) 氏 名 _____						
上記介護保険介護予防・居宅介護福祉用具購入費の受領を次の者に委任します。 年 月 日 受任者 住 所 _____ 氏 名 _____ 委任者 住 所 _____ 被保険者氏名 _____						

注意 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載してください。欄内に記載困難な場合は、裏面に記載してください。

介護保険介護予防・居宅介護福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依 頼 欄	金融機関名	店舗名	預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所		
	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			

(注意) 口座振込は、原則として被保険者の口座をご記入ください。やむを得ない場合のみ、ご家族に受領委任をしたうえで、その方の口座をご記入ください。

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額		購入日
		指	定 番 号	
	(製) ..... (販)		円	年 月 日
	(製) ..... (販)	指定番号		
	(製) ..... (販)		円	年 月 日
	(製) ..... (販)	指定番号		
	(製) ..... (販)		円	年 月 日
	(製) ..... (販)	指定番号		

添付書類チェック項目(福祉用具)

領収証(五万円以上は、収入印紙貼付)*レシート・領収証のコピー不可			
製造業者名及び販売業者名(指定業者番号)の記入			
パンフレットのコピー			
必要な理由の記載			
要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	認定期間	/ ~ /
(記事)			
制限 無・有			
履歴 無・有			
			受付者

てん末

月日	事 項	月日	処 理 て ん 末	受付者
/	-----	/	-----	
/	-----	/	-----	
/	-----	/	-----	