

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【償還払い】

被保険者氏名 (申請者本人)	ふりがな		被保険者番号															
生 年 月 日	西暦 明治 大正 昭和		年 月 日		個 人 番 号													
領 収 日 時 点 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 日から 年 月 日まで ※認定申請中 申請日 月 日 ☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更										負担割合 1割・2割・3割							
住 所	渋谷区 町 番 号				担当ケアマネジャー ☐ 有 ☐ 無 居宅支援事業所名													
特 定 福 祉 用 具 名															購入金額 (税込)		購入日 (領収日)	
種 目 名		商 品 名		製造事業者名														
1									円		年 月 日							
2									円		年 月 日							
3									円		年 月 日							
				購入金額合計				円										
福祉用具が必要な理由		※購入品ごとに具体的に記載してください (身体状況・使用目的等)										過去の購入品						
												1購入物品 [購入日 / /]						
特定福祉用具 販売事業者		所在地 電話番号 名 称										2購入物品 [購入日 / /]						
		担当() 事業所番号										3購入物品 [購入日 / /]						
渋谷区長 あて 上記の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、関係書類を添えて支給申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名(自 署)																		

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。
※申請者本人名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、裏面の委任状1【受領に関すること】にご記入ください。

振込口座情報	銀行・金庫 組合		本店 支店		預金種別		1 普通 ・ 2 当座	
	金融機関コード		店番号		口 座 番 号 (右 詰 め)			
	フリガナ							
	口座名義人							

この支給申請書に以下の書類を添付してください。また、本人以外の方が申請書を提出する場合は、提出者が販売事業者・ケアマネジャー・同居のご家族等であるかを問わず、委任状2【申請に関すること】にも必ず記入してください。
☐領収書原本 ☐福祉用具のパフレット ☐福祉用具販売計画書の写し ☐再購入理由書(再購入の場合に必要)
☐委任状1【受領に関すること】 ☐委任状2【申請に関すること】
※委任状は、この申請書の裏面にあります。

【保険者使用欄】

受 付	受 理	審査担当	MC 入力	MC 確認	支給可否	決定月	今年度支給履歴
/	/				可／否	月	☐ 有 ☐ 無 利用額 残 金 円 円
購入総額		円	利用者 負担額		円	保険給付	円

受付印

☐窓口 ☐〒・交換

【委任状記入にあたっての注意】

※申請者本人が内容を確認のうえ署名してください。

※身体的な理由等により委任者に自署できない場合は代筆が可能ですが、必ず本人の意思確認を行ってください。

その際には余白に代筆者の氏名と代筆した理由を必ず記載してください。

委任状 1 【受領に関すること】

申請者本人名義以外(販売事業者を除く)の口座へ振込みを希望する場合は、必ず記入してください。

委 任 状		年	月	日
委任者(申請者本人)				
住 所				
氏 名(自 署)				
私は、下記の者に介護保険の居宅介護(介護予防)福祉用具費の受領を委任します。				
受任者				
住 所				
氏 名				

委任状【申請に関すること】

本人以外の方が申請書を提出する場合、提出者が販売事業者・ケアマネジャー・同居のご家族等であるかを問わず、必ず記入してください。

委 任 状 (申請委任用)		年	月	日
委任者(申請者本人)				
住 所				
氏 名(自 署)				
私は、下記の者を代理人として介護保険の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給請求の申請をする権限を委任します。				
代理人				
住 所				
名 称				