

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払用）

被 保 険 者	フリガナ	ブンキョウ タロウ		保険者番号	1 3 1 0 5 2								
	氏名	文京 太郎		被保険者証の番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								
	生年月日	昭和 8 年 8 月 8 日生		個人番号									
	住所	〒112-0003 文京区春日1-16-21		電話番号	3								
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日								
腰掛便座 (ポータブルトイレ) ○○○○		(株) ○×商事 (株) ○○介護ショップ		30,000円	×年××月××日								
				円	年 月 日								
				円	年 月 日								
福祉用具が 必要な理由	膝痛のため、夜間の便所への歩行に支障をきたしている。このため、ベッドの近くにポータブルトイレを置き、歩行の負担軽減を図る。												
	理由を具体的に記入してください。(身体の状況が分かるように。)												
文京区長 殿		本人（被保険者）の住所を記入、署名または記名・押印をお願いします。				入費の支給を申請します。							
上記のとおり、関係書		××年××月××日											
申請者		住所 文京区春日1丁目16番21号		電話番号 3812-7111									
氏名 文京 太郎													
振 込 先 金 融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		預金種目 (○をつけてください) 普通・当座・貯蓄								
	金融機関コード		支店コード		口座番号 (右づめ)								
	0	0	0	0	1	2	3	1	1	1	1	1	1
	口座名義人 (カタカナ)		ブンキョウ タロウ										

※注意・この申請書の裏面に、領収証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、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。  
 ・販売業者は都道府県指定の事業者に限られます。