介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被保険者氏名		保険者番号	2 7 2 1 2 0
		被保険者番号	
		個人番号	
住　　所	〒　　－　　電話番号（　　）　　－		

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名 特定福祉用具販売指定番号号 販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

福祉用具が必要な理由	（心身の状況） （必要な理由）
届出者	所在地　　電話番号（　　）　　― 名称　　代表者氏名

（あて先）八尾市長

私は、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の提出に関する権限を上記の「届出者」に委任致します。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者

氏名　　電話番号（　　）　　―

注意・この申請書と共に、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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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。（本人の口座以外に振り込む場合には申立書が必要となります。）

口座振替依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目 1普通預金 2当座預金 3その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ	
			口座名義人	

市記入欄（以下記入不要）　　整理番号 ＿＿＿＿＿＿

添付書類
1．領収証　　2．ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ
備考欄
給付実績確認日　　／ 支給実績 （無・有）

1．次のとおり承認する。		2．次の理由により承認しない。
介護度	支援・介護	・福祉用具購入対象外のため ・支給重複のため ・その他
申請金額	円	
決定金額	円	

先の申請に基づき、以上のとおり決定してよろしいか。

入力	確認	伺年月日	・　・
		決定年月日	・　・
		通知年月日	・　・
		振込予定日	・　・

【令和4年4月改定】