

【記入例】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※被保険者の氏名等を記入してください。

フリガナ	カイゴ タロウ	保険者番号						2	8	2	2	9	3
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	●	●	●	●	●	
		個人番号	1	2	3	4	5	6	●	●	●	●	
生年月日	昭和20年1月1日	要介護度等	要介護3										
認定有効期間	令和7年3月10日 ~ 令和8年3月31日												
住所	たつの市龍野町●● ××-×					電話番号 0791-64-●●●●							

※購入した福祉用具名（TAISコード）、事業者指定番号、製造事業者名及び販売事業者名、購入金額、購入日を記入してください。

福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
●●●●●● (TAISコード●●●●●●)	●●●●●●●●	株式会社 ●●	20,000円	令和●年●月●日
(TAISコード )			円	年 月 日
(TAISコード )			円	年 月 日

※福祉用具が必要な理由を記入してください。複数の福祉用具を購入した場合は、福祉用具ごとに記入をお願いします。

福祉用具が必要な理由 ●●により××が必要なため。

※申請者は被保険者本人及び成年後見人に限ります。

たつの市長 様  
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。  
令和●年 ●月 ●日  
住所 たつの市龍野町●● ××-×  
申請者 氏名 介護 太郎  
電話番号 0791-64-●●●●  
被保険者との関係 本人  
個人番号 ●●●●●●●●●●  
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

※給付費の振込先を記入してください。

注意 ・この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉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、裏面に記載してください。  
給付費を以下の口座に振り込んでください。

公金受取口座の利用	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ※被保険者本人のみ、公金受取口座を利用することができます。																								
口座振込依頼欄 (被保険者又は申請者に限る)	<table border="1"> <tr> <th>銀行・信用金庫 信用組合・農協</th> <th>本店 支店・出張所</th> <th>種目</th> <th>口座番号</th> </tr> <tr> <td>●●●●●●</td> <td>●●●●</td> <td>1 普通 2 当座預金 3 その他( )</td> <td>●●●●●●●●●●</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>店舗番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ゆうちょ銀行</td> <td>記号</td> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">カイゴ タロウ</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="3">介護 太郎</td> </tr> </table>	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店・出張所	種目	口座番号	●●●●●●	●●●●	1 普通 2 当座預金 3 その他( )	●●●●●●●●●●	金融機関コード	店舗番号			ゆうちょ銀行	記号	番号		フリガナ	カイゴ タロウ			口座名義人	介護 太郎		
銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店・出張所	種目	口座番号																						
●●●●●●	●●●●	1 普通 2 当座預金 3 その他( )	●●●●●●●●●●																						
金融機関コード	店舗番号																								
ゆうちょ銀行	記号	番号																							
フリガナ	カイゴ タロウ																								
口座名義人	介護 太郎																								

- ※添付書類
- ・領収書（被保険者宛 原本）
  - ・パンフレット等
  - ・福祉用具サービス計画書
  - ・排泄予測支援機器購入の場合  
排泄予測支援機器確認調査  
膀胱機能の医学的な所見を確認した書類

【たつの市記入欄】

生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	① 購入日	年 月 日	購入金額	円
保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	② 購入日	年 月 日	購入金額	円
給付制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	③ 購入日	年 月 日	購入金額	円

承認 不承認 理由 ( ) 上記申請について、左記のとおり決定します。 年 月 日