

第 22 号様式

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		1	3	1	0	6	0
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日生	個人番号							
住所	〒								
福祉用具名 (種目名・商品名・製造事業者名)	販売事業者名 (介護保険事業者番号)	購入金額	購入日						
	()	円	年 月 日						
	()	円	年 月 日						
	()	円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
台東区長 殿 上記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。 年 月 日 住所									
申請者	氏 名				電話番号				
代筆者	住 所				電話番号				
	氏 名				(本人との関係：)				

注意・ 領収証、福祉用具のパンフレット等及び特定福祉用具販売計画の写し(利用者の同意を得ているもの)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入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。
- ・ この申請における販売事業者は、都道府県から指定を受けた販売事業者（特定福祉用具販売事業者）に限られます（「特定福祉用具販売事業者」からの申請であっても、インターネット等の通信販売で購入した場合は、支給対象外となります。）。

居宅介護(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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	フリガナ		1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金						
	口座名義人								
受領については、口座名義人に委任します。 (申請者)									