様式第２１号（第１６条関係）

介護保険居宅介護（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 4 2 0 6 7
被保険者氏名		被保険者番号	
		個 人 番 号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　　別	男 ・ 女
住　　所	〒 電話番号　　（　　）		
要介護状態区分	要支援１・要支援２ 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５		
認定の有効期間	平成・令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで		
指定（介護予防）特定福祉用具販売事業所名	※事業所番号		

福祉用具名		製造事業者名	購入金額（税込）	購 入 日
種目名	商品名			
			円	令和　　年　　月　　日
			円	令和　　年　　月　　日
			円	令和　　年　　月　　日
購入金額合計			円	

福祉用具が必要な理由	

小田原市長　様

上記のとおり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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号　　（　　）

氏　名

※注意
- 介護サービス事業所として指定を受けている（介護予防）特定福祉用具販売事業所で特定福祉用具を購入した場合にのみ福祉用具購入費が支給されます。
- この申請書の裏面に領収書及び特定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。
- 福祉用具購入費は別紙「口座振替依頼書」に記入された金融機関口座に振り込まれます。

受　付	確　認	処　理

記入例

様式第２１号（第１６条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フ リ ガ ナ	オダワラ　タロウ	保険者番号	1 4 2 0 6 7
被保険者氏名	小田原　太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
		個人番号	0 0 0 0 0 2 2 2 2 2 2 2
生 年 月 日	明・大・昭　10年10月10日	性	男・女
住　所	〒２５０－８５５５ 小田原市荻窪３００番地		
要介護状態区分	要支援１・要支援２ 要介護１・要介護２・要介護３・要介		
認定の有効期間	平成・令和　元年　５月　１日		
指定（介護予防）特定福祉用具販売事業所名	（株）○○○○		

申請にあたっては、本人の番号確認書類（個人番号カード又は通知カード）と本人確認書類（運転免許証等）の提示が必要です。
本人以外の方が手続きする場合は、本人の番号確認書類と委任状、手続きに来られた方の本人確認書類（運転免許証等）の提示が必要です。
※郵送による申請の場合は、これらの書類の写しを同封してください。

福祉用具名		製造事業者名	購入金額（税込）	購　入　日
種目名	商品名			
○△□	×○△	□□□□	△,△△△円	令和××年××月××日
			円	令和　年　月　日
			円	令和　年　月　日
			円	

種目名は、次のいずれかから選択してください。
（腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具の部分）

福祉用具が必要な理由	例）下肢筋力低下により、立ち上がりが困難なため。

年月日は、記入しないでください。

小田原市長　様
上記のとおり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。
令和　　年　　月　　日
住　所　小田原市荻窪３００番地
申請者　　電話番号　０４６５（３３）１２０１
氏　名　小田原　太郎

口座振替依頼書と同じ氏名を記入してください。

※注意　けている（介護予防）特定福祉用具販売事業所で特定福祉用具を購入した場合にのみ福祉用具購入費が支給されます。
・この申請書の裏面に領収書及び特定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。
・福祉用具購入費は別紙「口座振替依頼書」に記入された金融機関口座に振り込まれます。