

様式第24号（本則関係）

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	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	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 住 所 申請者 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。

介護保険居宅介護（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。

振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合 店							
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号						
	口座名義	必ずカタカナで記入してください。							
受付	確認	処理							