

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	2	3	4	5	6
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	大・ 昭 11年 1月11日	性別	男 ・ 女									
住所	〒250-0042											
	小田原市荻窪〇〇〇番地 電話番号 0465（33）XXXX											
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 6年 8月 1日 から 令和 7年 8月31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											
	株式会社 〇〇〇〇〇 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
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											
入浴補助用具	シャワーチェアXX-XX	△△△△△△△△	25,000円	令和 6年 9月 1日								
種目名は次の中から該当する種目名を記入してください。 ・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 ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ												
購入金額合計			25,000円									
福祉用具が必要な理由	別紙のとおり											
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 申請年月日は記入しないでください。 住所 小田原市荻窪〇〇〇番地 申請者 電話番号 0465（33）XXXX 氏名 小田原 太郎												

※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	〇〇〇 銀行 信用金庫・組合 本店 農業協同組合										
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6		
	口座名義	必ずカタカナで記入してください。 オダワラ 太郎										
受付	確認	処理	振込先口座情報 ＜償還払い＞申請者と同じ氏名を記入してください。 ＜受領委任払い＞受領委任事業者が高齢介護課に登録した 口座情報を記入してください。									