

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(あて先)
札幌市 区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ			申請年月日	令和	年	月	日
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			
被保険者住所	〒						電話番号
申請者氏名	※被保険者本人の場合は記入不要		本人との関係				
申請者住所	〒						電話番号

費目	・居宅介護福祉用具購入費		・介護予防福祉用具購入費	
福祉用具が必要な理由	・特定（介護予防）福祉用具販売計画添付（有・無） ・居宅（介護予防）サービス計画添付（有・無） ※上記のいずれかを添付してください。当該計画で福祉用具の必要な理由が不足する場合のみ、下記に必要な理由を記載してください。 （必要な理由： _____ _____）			

福祉用具名 (種目及び商品名)	販売事業者名 及び事業所番号	購入金額	購入日(領収日)
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
合計		円	

- 注意：
- ・この申請書に、領収証及び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下さい。
 - ・枠内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。

上記の給付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	口座種目	口座番号			
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他				
	フリガナ						
※委任状、代表相続人 指定届に口座の指定が ある場合は記入不要	口座名義人氏名						
	名義人住所						

区役所記入欄

区分	支払方法変更	領収証	備考
1. 負担割合 1割	/		□個人番号確認
2. 負担割合 2割	保険給付差止	パンフレット等	
3. 負担割合 3割	有・無		
4. 給付額減額 3・4割			