

太線の中を記入してください。

フリガナ		保険者番号		1	3	1	0	8	6
被保険者氏名		被保険者番号		0	0	0			
		個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別				
要介護区分(購入時)	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		
認定有効期間(購入時)	年		月	日	から	年	月	日	
住所	〒 - 電話番号								
福祉用具名(種目・商品名) ※種目は該当数字に○	製造事業者名 及び 販売事業者名	購入金額 (税込み)	被保険者負担額	介護給付額	購入日				
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日				
品名	(販売)	円	円	円					
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日				
品名	(販売)	円	円	円					
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日				
品名	(販売)	円	円	円					
合計		円	円	円					

福祉用具が必要な理由 (用具ごとに記載してください。)

●原因となる傷病名(入退院日):

●必要な理由:

欄内に記載困難な場合は裏面に記載してください。

江東区長 殿

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。

年 月 日

申請者 住所

(被保険者本人)

氏名

取扱事業者・担当者

※ この申請について連絡できる
家族の方の氏名・続柄

電話番号

連絡先

負担割合

1割・2割・3割

介護保険課確認欄

・提示

・添付書類
(受付時確認)

被保険者証

指定事業者

① 領収書

② 購入した福祉用具のパンフレット

③ 支払い金口座振替依頼書(本人名義)

給付額減額	3割	・	4割
決定月日	年	月	日
振込月日	年	月	日
支給対象額			円
保険給付額			円
自己負担額			円

購入実績	既購入種目重複確認	年度				
		年度				
合計金額	年度内既請求額					円
	年度内既保険給付額					円

受付印

受付	審査	入力	係長

番号確認	本人確認
マイナカード 住民票 他	マイナカード 免許証 他

領 収 書

(特定福祉用具)

添付書類②用具

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0									
--------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

領収書を貼ってください。

(原本を提出してください。)

原本を確認させていただければ、写しでも結構です。

【参考】福祉用具金額確認欄

	品 名	金額(税込み)	介護給付額
1		円	円
2		円	円
3		円	円
	合 計	円	円

購入した福祉用具のパンフレット

添付書類③用具

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0														
--------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

パンフレット発行社名	
------------	--

購入した福祉用具のパンフレットの写しを貼ってください。

(パンフレットの切り抜き)
製造事業者名がわかるように貼ってください。

支払金口座振替依頼書

江 東 区 長 殿

私が受領する下記の支払金については、指定口座への振り込みを依頼します。

〒 _____
 住所 _____
 請求者 氏名 _____ (印)

支払金の内容	介護保険 福祉用具購入費			
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所	
	金融機関コード		店舗コード	
振込口座	預金種類	1 普通 2 当座 (○で囲んでください。)	口座番号	
	(フリガナ)			
	(名義人氏名)			
(住所)		(電話 - -)		

記入した日付です。

年 月 日

記入例

被保険者ご本人の住所
氏名を記入してください。

請求者

〒135-00

住所 江東区

印鑑は朱肉を使うもので
お願いします。
※スタンプ印は不可です。

氏名 江東太郎



支払金の内容	介護保険 福祉用具購入費			
振込先 金融機関	江東		東陽町	
	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所	
金融機関コード		1 2 3 4	店舗コード	
1 普通 2 当座 (○で囲んでください。)		口座番号		0123456
コウトウ タロウ				
江東太郎			被保険者本人の口座を	
(電話 *** - **** - ****)				
江東区東陽○-△-□-○△□				

金融機関コード・店舗コードを
記入してください。
金融機関コードが不明な場合
は、空欄でも結構です。

注意点

保険者番号

1 3 1 0 8 6

被保険者番号

0 0 0

- 各書類の日付の関係は、委任状の委任日→委任状の受任日→購入日→申請日の順となります（同日でも可）
- 製品の破損や本人の状態変化により同一種目を再度購入する場合はその理由を記入します（破損の場合は破損個所の写真も添付します）
- ウォシュレット機能や暖房機能等のある福祉用具についてはその機能を真に必要とする理由が必要です
- 別付けのリモコン機能は対象外です
- 浴槽内いすや浴室内すのこで「浴槽またぎ」のみを理由とした購入は認められません。

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額 (税込み)	被保険者負担額	介護給付額	購入日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)	円	円	円	年 月 日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)			円	年 月 日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)			円	年 月 日

★領収書記載の領収日（金額を領収した日付）を記入。生活保護受給者の場合も同様です。

福祉用具が必要な理由（用具ごとに記載してください）

●原因となる傷病名(入退院日):

●必要な理由:

欄内に記載困難な場合は裏面に記載してください。

江東区長 殿

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

被保険者もしくは代筆者が記入（ゴム印は不可）

年 月 日

申請者
(被保険者本人)

住所

氏名

取扱事業者・担当者

※ この申請について連絡できる
家族の方の氏名・続柄

電話番号

連絡先

負担割合

1割・2割・3割

介護保険課申請欄

給付額減額

3割

4割

除者証

指定事業者

年

月

日

この欄は
記入不要です