

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

令和 年 月 日 購入分

福祉用具

保険者番号		被保険者番号	
フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
被保険者氏名		住所	〒 - 電話番号 - -
販売事業者番号		販売事業者名	
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	購入年月日	購入金額
種目	製造	令和 年 月 日	千 円
商品名			
種目	製造	令和 年 月 日	千 円
商品名			
種目	製造	令和 年 月 日	千 円
商品名			
「福祉用具が必要である理由」(個々の購入品目ごとに)			合計 千 円
(あて先) 神戸市 区長 あて			令和 年 月 日
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。			
※ 申請者が被保険者以外(相続人、成年後見人)の場合は、その者の住所・氏名を記載して下さい。			
申請者 (被保険者又は 成年後見人等)	住所 氏名	印 (スタンプ印は使用できません)	

「福祉用具が必要である理由」欄内に記載が困難な場合は、適宜用紙を追加して記載して下さい。

注意 ※ この申請書には福祉用具購入に係る「領収証(原本)」及び「福祉用具のパフレット」等を添付してください。  
 ※ 特定施設(軽費老人ホーム・養護老人ホーム・有料老人ホーム)、グループホームでの購入は一般的には想定していません。  
 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。(口座名義が被保険者と異なる場合は「委任状」等が必要です。)

口座振替 依頼欄	金融機関コード	支店コード	預金種別	フリガナ	口座番号(右づめで記入)
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 4 貯蓄	口座名義	

(神戸市記入欄) ※なお、ゆうちょ銀行へは振込用店名・口座番号をご記入下さい。

確認事項		【確認欄】 令和 年 月 日 確認				
認定結果 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		課長	係長	担当	入力	受付
給付制限 無: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 保険料滞納 <input type="checkbox"/> 滞納時効消滅		保存番号				
①年度内限度(残)額 円						
②申請対象額 円		備考(同一品目の購入履歴など)				
③支給対象額 (①②のうち少ない額) 円						
④給付率( . . . ~ . . . ) / 100						
⑤支給額 (③×給付率) 円						
⑥支給後限度額 (①-③) 円						