介護保険福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日 生	性別	男　・　女
住　　所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

福祉用具の種目	メーカー・商品名	購入金額	購入日（領収日）
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

※「福祉用具の種目」の欄には、(1)腰掛便座(2)自動排せつ処理装置の交換可能部品(3)排泄予測支援機器(4)入浴補助用具(5)簡易浴槽(6)移動用リフトのつり具の部分(7)固定用スロープ(8)歩行器(9)単点杖(10)多点杖のいずれかを記入してください。なお、(4)入浴補助用具については、①入浴用いす②浴槽用手すり③浴槽内いす④入浴台⑤浴室内すのこ⑥浴槽内すのこ⑦入浴用介助ベルトのいずれかも併せて記入してください。

福祉用具が 必要な理由	
申請時の状況	□　在宅　　□　入院・入所中　施設名（　　）

（あて先）立川市長

上記のとおり必要書類を添えて、介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者（被保険者）〔兼委任者〕

住　　所

氏　　名　　印

介護保険福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください（被保険者本人以外の口座となる場合は委任状の添付が必要になります）。

	金融機関名		本・支店名	種別	口座番号
口座振込 依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合 農業共同組合		普通 当座	
	フリガナ				
	口座名義人				

- 保険給付の対象となるのは、都の指定を受けた福祉用具販売事業所での購入に限ります。
- 申請書には、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（欄内に記載できない場合は裏面に記載）してください。

市記入欄	認定区分		給付制限	有　・　無	支払額合計	円	受付印
	負担割合	割	領収証		介護保険対象額	円	
	入力				既保険給付額	円	
	備考欄				保険給付対象額	円	
					保険給付額（決定額）	円	