

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					目黒区保険者番号					1	3	1	1	0	2		
被保険者氏名					被保険者番号												
					個人番号												
生年月日	年 月 日				認定の有効期間					年 月 日 ~ 年 月 日							
負担割合(※)	1	2	3					要介護区分					支援		1	2	
									介護					1	2	3	4
住所	〒 -																
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名				購入金額				納品日				購入日(領収日)				
					円				年 月 日				年 月 日				
					円				年 月 日				年 月 日				
					円				年 月 日				年 月 日				
福祉用具が必要な理由																	
目黒区長あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号																	

注意

- この申請書に併せて、指定販売事業者から発行される証明書(販売事業者名、種目・品目の名称、購入金額等の記載のあるもの)、領収書及び福祉用具のパンフレット等を提出してください。
- 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
- 申請者は、ご家族の方が窓口申請書を持参される場合を含めて、原則としてご本人です。
- 納品日が、要介護認定の有効期間内であることを確認してください。要介護区分は、適用する負担割合と同時点のもので(下記※参照。)

※原則として、「購入日(領収日)」時点の該当する負担割合に"○"をしてください。
ただし、福祉用具の購入日(領収日)と納品日における負担割合が異なる場合は、「納品日」時点の該当する負担割合に"○"をしてください。
なお、購入日(領収日)には領収書に記載の日付をご記入ください。

個人番号の記入がない場合でも、その他の記入内容に問題がなければ申請はできます。なお、個人番号を記入した場合は、番号確認、本人確認を行うため、個人番号等がわかる書類等が必要になります。

居宅介護(予防)福祉購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目		口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金						
					2 当座預金						
					3 貯蓄預金						
フリガナ											
口座名義人											

目黒区記入欄

収受日	領収額	支給区分	支給決定額	備考
		1 支給		
		2 不支給		

《個人番号事務欄》

受付	包括(北・東・中・南・西) 介護・郵便	個人番号	個力・通力・その他()	確認者
		本人確認	個力・免・パ・健・年・その他()	
	代理確認	戸籍、委任状、登記簿・その他()		
	氏名	代理本人	個力・免・パ・健・年・その他()	