



介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号				負担割合			
	マイナンバー (個人番号)				1・2・3割			
生年月日	年	月	日	購入日の要介護度 認定有効期間	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 年 月 日 ~ 年 月 日			
住所	〒 世田谷区							
福祉用具を利用する住所								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業者名 製造事業者名			購入金額	購入日			
	販売 事業者番号			円	年 月 日			
	製造							
	販売 事業者番号			円	年 月 日			
	製造							
福祉用具が必要な理由								
世田谷区長 あて 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。 支給が決定されましたら決定金額を以下の口座に振り込んでください。 年 月 日 申請者氏名(本人) _____ 電話番号 ( )								

公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入は不要です)(本人名義の口座のみご利用いただけます)

振替口座を指定する(以下に振替先口座をご記入ください)  
 本人以外の口座への振込を希望する場合、裏面の委任状(償還払い用)を必ず記入してください。

振替口座依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所	預金 種別	1. 普通預金 2. 当座預金	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号 (右詰め)		
	フリガナ 口座名義人						

区記入欄

202402

收受印	調査				決定	備考				職員	係長
	領収証	理由欄	購入日資格	マイナ	1.支給 2.不支給						
	支給履歴 有・無	年度内既 購入額	負担 割合	受付者	支給決定額					職員	課長
本人	番号	1点	2点		3点				代理権		
代理人	住記	ケア証	証(介・健・高齢・負担)更新 通・社員証・年金		キャッシュ・クレカ・シルバパス通帳・診察 券・図書カ				証・更新通 登記・委任		
確認	通カ	番カ									
	番カ	免許									

(裏)

□支給額(9割・8割・7割分)を、本人以外の方の口座に振込みを希望する場合は記入してください。

(※福祉用具販売事業者への振込みはできません。)

委 任 状(償還払い用)		年 月 日
委任者(本人)	住所	
	氏名	
私は、下記の者に居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を委任します。		
受任者	住所	
	氏名	続柄 ( )

□申請書を提出する方が、本人以外の場合は記入してください。

委 任 状(申請委任用)		年 月 日
委任者(本人)	住所	
	氏名	
私は、下記の者を代理人として福祉用具購入費支給申請の権限を委任します。		
代理人	住所	
	氏名	

福祉用具が必要な理由

この福祉用具購入費支給申請書に、以下の書類を順番に添付してください。

- 領収証原本(宛名は被保険者本人、領収金額が5万円以上の場合は、印紙税法に基づき領収証に収入印紙を貼付してください。)
- 福祉用具のパンフレット、カタログ等(すのこの購入の場合①設置場所の状況がわかる図面等と②すのこのサイズがわかる見積もり等が必要です。)
- マイナンバーカードの写し(両面)(公金受取口座を利用する場合は添付してください。)

【注意事項】

- 入院(入所)中に福祉用具を購入した場合は、保険給付の対象になりません。
- 負担割合は領収証記載日(領収日)時点の負担割合を記入してください。
- 被保険者番号は「介護保険被保険者証」に記載されている10桁の番号です。
- マイナンバー(個人番号)は、個人番号の「通知カード」又は「マイナンバーカード」に記載されている12桁の番号です。