

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				保険者番号		1	3	1	1	9	3
被保険者氏名				被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号						
住所	(〒 -)			電話番号 ()							
No.	福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名	購入金額	購入年月日						
			販売事業者名								
1				円	年 月 日						
2				円	年 月 日						
3				円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由	1										
	2										
	3										
<p>* 福祉用具が必要な理由については、個々の福祉用具ごとで、利用者の身体的状況や困難な生活動作等をふまえて、具体的に記載してください。</p> <p>(宛先) 東京都板橋区長</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 (本人) 氏名 _____ 電話番号 _____</p>											

注意: この申請書に、領収証、福祉用具のパンフレット及び福祉用具サービス計画書の写し等を添付してください。

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。(受領委任払いの場合は記入不要)

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号							
	信用金庫	支店									
	信用組合	出張所	1 普通預金								
	金融機関コード	店舗コード									
	フリガナ										
	口座名義人										

※ 区の受付窓口は、裏面に記載してあります。

区 の 受 付 窓 口 一 覧 表

1. 介護保険課(区役所)

〒173-8501 板橋区板橋2-66-1

電話番号 03-3579-2356

2. おとしより保健福祉センター

〒174-0063 板橋区前野町4-16-1

電話番号 03-5970-1111

区の受付窓口へ届け出た方の住所・氏名等記入欄

住 所	(〒 -)電話番号 - -		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
事業者が提出 する場合は、 名称等を記入			

		窓口受付	端末入力
区 処 理 欄	日付印		
	担当		