

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

⑩

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 ----- 販売事業者名	購入金額		購入年月日				
1				円		令和	年	月	日	
2				円		令和	年	月	日	
3				円		令和	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>令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 (本人) 氏名 _____ 印 _____ 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)

口座振込 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

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

区の受付窓口に届け出た方の住所・氏名等記入欄

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

区 処 理 欄	端末入力	窓口受付