倉敷市介護保険　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（令和　　年　　月購入）

被保険者	氏名	フリガナ	被保険者番号	
			個人番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女
	住所	〒　　－ 電話（自宅・携帯・呼出）　　（　　）		
負担割合証の負担割合		割　　※介護保険負担割合証（白色）の負担割合を記入すること		
要介護度（認定期間）		要支援（　）・要介護（　）　（平・令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日）		

	特定福祉用具名		製造事業所名	事業者番号	購入日	購入金額（税込）
	種目	商品名		販売事業所名		
1					令和　年　月　日	円
2					令和　年　月　日	円
3					令和　年　月　日	円

倉　敷　市　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。

令和　　年　　月　　日

申請者名（被保険者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者名欄は本人署名のほか、記名・押印、写真入り身分証明書の写しの添付、本人口座記載等で代えることができます。添付書類も同様にしてください。

口座振込依頼欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	□本店　　支店 支所 出張所	金融機関番号	店番号
	預金種別	1 普　通　　2 当　座　預　金	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				
※□受領委任払該当 □生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所または社会福祉事務所		担当者名	

（注）1　上記太枠内を記入してください。
2　受領委任払該当者および生活保護受給者については、※欄にも必要事項の記入を受けてください。
3　裏面にも記入欄があります。
4　訂正する場合は、申請者名の記入に合わせて訂正してください。（二重線をして署名又は押印）。修正テープ等は使えません。枠外に記名・押印と同じ印があれば捨印として取り扱います。

倉敷市記入欄	受付窓口　□倉敷　□児島　□玉島　□水島　□真備	受付年月日　　年　　月　　日	支給決定　　年　　月　　日
	備　考	添付書類　□領収書　□パンフレット　□ケアプラン　□委任状　□請求書　□申立書　□代表者選任届	入力

＜特定福祉用具購入が必要な理由＞

□　居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）又は特定福祉用具販売計画添付により省略

※理由欄の記載に代えて居宅サービス（介護予防サービス）計画書の写し又は特定福祉用具販売計画書の写しを添付した場合にも記入してください。

＜理由欄記入者種別＞　□介護支援専門員　　□地域包括支援センター職員　　□福祉用具専門相談員

＜事業所名＞＿＿＿