

# 介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書

<要介護 1~5><要支援 1~2>

申請年月日、申請者の住所、氏名を記入してください。

介護保険 居宅介護 福祉用具購入費支給申請書  
介護予防

|                     |                |
|---------------------|----------------|
| (宛先)京都市長            | 令和 2 年 4 月 3 日 |
| 申請者の住所<br>京都市中京区〇〇〇 | 申請者の氏名<br>京都   |

被保険者の住所、氏名、電話番号、被保険者番号を記入してください。

該当するものにチェックしてください。

第71条第1項の規定により居宅介護福祉用具購入費の支給を申請します。  
 第90条第1項の規定により介護予防福祉用具購入費

|      |           |        |             |    |              |
|------|-----------|--------|-------------|----|--------------|
| 住所   | 京都市中京区〇〇〇 |        |             | 電話 | 075-111-1111 |
| フリガナ | キョウト タロウ  | 被保険者番号 | 10001-00000 |    |              |
| 氏名   | 京都太郎      |        |             |    |              |

該当するものにチェックしてください。

特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)の購入が必要な理由  
 別紙サービス計画の写しのとおり  別紙理由書のとおり  別紙販売計画の写しのとおり

購入した福祉用具の種目・商品名を記入し、その製造事業者名、販売事業者名、京都市に登録の事業所番号を記入してください。

| 上記の種目及び商品名         | 製造事業者名       | 販売事業者名<br>(事業者番号)      | 購入費用     | 購入を行った年月日    |
|--------------------|--------------|------------------------|----------|--------------|
| 腰掛便座<br>ポータブルトイレ●● | KT製作所<br>(株) | 北介護用品センター<br>111111111 | 90,000 円 | 令和2年 4 月 2 日 |

購入した福祉用具の購入総額、購入を行った年月日(=領収証の日付)を記入してください。

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

| 指定口座  | 金融機関コード   | 店舗コード     | 種別   | 口座番号    |
|-------|-----------|-----------|------|---------|
|       | 111111111 | 111111111 | 1 普通 | 0123456 |
| 口座名義人 | フリガナ      | 漢字        |      |         |
|       | キョウト タロウ  | 京都太郎      |      |         |

・口座番号は、右づめで記入してください。  
 ・口座名義人は、ご本人の口座を記入してください。

(次の欄は、支給決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

|                  |                             |  |                     |
|------------------|-----------------------------|--|---------------------|
| 上記の申請について、下記のとおり | <input type="checkbox"/> 支給 | <input type="checkbox"/> 不支給                               | を決定                 |
| 年 月 日 起案         | 課長                          | 課長補佐・係   |                     |
| 年 月 日 決定         |                             |  |                     |
| 審査               | 特定福祉用具の種類                   | ( )  |                     |
|                  | 同一品目再支給有無                   | <input type="checkbox"/> 有(理由 ) <input type="checkbox"/> 無 |                     |
| 決定               | 支給金額                        | 円  |                     |
|                  | 理由                          |  |                     |
| 申請受理簿            | 負担額減免                       | 一時差止   | 給付額減額 電算入力 窓口払記録 備考 |