

別記第19号様式(第23条関係)

(表)

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 ( 年 月分)

		個人番号							
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	年 月 日					購入金額合計			
要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)								
	認定有効期間( 年 月 日～ 年 月 日)								
住所						電話番号			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 品番	購入金額(円)		購入日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
福祉用具が 必要な理由	※該当する□に、✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画から要約 (裏面の「福祉用具が必要な理由」欄へ、用具ごとに記入してください。) <input type="checkbox"/> 別添福祉用具サービス計画書(写)のとおり (本人同意を得た計画書(写)を添付してください。)								
福祉用具購入事業所専門相談員氏名			事業所番号						
荒川区長 殿 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。 年 月 日 申請者氏名 (本人) _____ 電話番号 _____									

代理申請者 (本人申請の場合は 記入不要)	住所		電話	
	氏名		本人との関係	

注 意) ・この申請書に、本人宛の領収証(明細を含む)と福祉用具のパフレット等を添付してください。  
 ・福祉用具サービス計画書(写)を添付した場合は、「福祉用具が必要な理由」の記載は不要です。

○ 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。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通 2 当座	
	信用組合	出張所	フリガナ	
	農協	支所		
	金融機関コード	店舗コード	口座名義(本人)	

公金受取口座を利用します。  
 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、  
 「 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。  
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

(裏)

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 品番等	購入金額(円)	購入日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
福祉用具が 必要な理由	□福祉用具サービス計画から要約		

(区担当者記入欄)

收受印	調査				決定	1 支給	2 不支給
	領収書	パンフ	理由欄	受付者	被保険者区分	1・2	
申請入力	決定入力	決定通知		支払方法	口座・現金(登録有・無)		
支給履歴 有・無	年度内購入額(100%)	年度内保険給付額	今回支給決定額	保険料 納付状況	滞納	有・無	
				区分	一般・その他		

現金払い連絡先： 様 (本人との関係： ) 電話番号： 支払日：  
生活保護：有・無