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		3	5	2	0	2	1		
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭　年　月　日生										
住　所	〒 電話番号										

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日

福祉用具が必要な理由（注）	

宇部市長　様

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（署名）　住所　氏名　電話番号

※上記申請に係る関係書類の提出について、下記の者に委任します。

□ケアマネジャー　□販売業者　□その他（　　）

（注）「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

※申請の際は、以下の書類の添付が必要となります。

□購入品のパンフレットのコピー　□領収書　□請求書　□受領委任届出書

以下は記入しないでください。

受付日		受付日	
市受付者			

市決裁欄	課長	副課長	係長	係員

給付実績	日　付	給付対象額
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円

負担割合	割
介護度	
入院の有無	有・無
生活保護	有・無
指定業者	有・無
居宅支援事業所	有・無
給付実績	有・無

給付金額　円

（記入例）

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	ウベ　タロウ	保険者番号	3 5 2 0 2 1
被保険者氏名	宇部　太郎	被保険者番号	0 0 0 0 9 8 7 6 5 4
生年月日	明・大・(昭)5年 5月 5日生		
住　所	〒755-8601 宇部市常盤町一丁目７－１　電話番号　〇〇-〇〇〇〇		

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
シャワーチェア	有限会社　〇〇〇 介護用品　宇部カッタ㈱	12,600　円	令和 〇年 〇月 〇日
腰掛便座 〇〇〇	株式会社　△△△ 介護用品　宇部カッタ㈱	73,500　円	令和 〇年 〇月 〇日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日

福祉用具が必要な理由（注）	※身体状況等、福祉用具が必要な理由を具体的に記入してください。

必要事項を記入してください

宇部市長　様

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　〇年　〇月　〇日

申請者（署名）　住所　宇部市常盤町一丁目７－１

氏名　宇部　太郎　　電話番号　〇〇－〇〇〇〇

署名が困難な場合は、記名・押印してください

※上記申請に係る関係書類の提出について、下記の者に委任します。

□ケアマネジャー　☑販売業者　□その他（　　）

（注）「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

※申請の際は、以下の書類の添付が必要となります。

☑購入品のパンフレットのコピー　☑領収書　☑請求書　☑受領委任届出書

必ず記入してください

以下は記入しないでください。

受付日		受付日	
市受付者			

市決裁欄	課長	副課長	係長	係員

給付実績	日　付	給付対象額
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円
	.　.	円

負担割合	割
介護度	
入院の有無	有・無
生活保護	有・無
指定業者	有・無
居宅支援事業所	有・無
給付実績	有・無

給付金額　　円