様式第３９号

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 被保険者氏名		保険者番号	２３２１１６
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	被保険者番号	００
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	
指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者記入欄	・居宅(介護予防)サービス計画に指定特定(介護予防)福祉用具販売が位置付けられて**（いる ・ いない）**。 ・居宅(介護予防)サービス計画が作成されていない場合、上記の福祉用具が必要な理由を確認しました。 事業者番号 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者 福祉用具専門相談員氏名

豊田市長　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（被保険者）　住所　（上記住所に同じ）

氏名

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種　目	口　座　番　号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

注意：ゆうちょ銀行の支店コードは通帳番号（５ケタ）を記入してください。

：この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

：居宅(介護予防)サービス計画に指定特定(介護予防)福祉用具販売が位置付けられている場合は、サービス計画を添付してください。

豊田市記入欄	資格	未納状況	減額	差止	負担割合	要支援(　　) 要介護(　　)	給付額	
	１号 ２号	無 有(１年未満・１年半未満・１年半以上)	該当 非該当	無 有	１割 ２割 ３割	給付実績　有・無		円 円 円 円