

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		1	3	2	0	8	4
被保険者名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭	年		月		日生	性別	男・女	
住 所	〒								
電話番号	〒 ()								
福祉用具	種 目 名	製造事業者名	販売事業者名		購入金額	購入日			
	商 品 名	指定販売店事業者番号							
					円	.	.		
					円	.	.		
					円	.	.		
福祉用具が 必要な理由	記入者名 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)								
調布市長 宛 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 住 所 【申請者】 氏 名 (印) (連絡先) (電話番号)									

注意 領収証、福祉用具のカタログ（コピー可）を添付してください。
 特注の場合、見積書や図面、写真等の添付が必要となります。
 「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。
 領収金額が5万円以上の場合、収入印紙（200円）を貼付してください。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

口座 振替 依頼 欄	銀 行 名	支 店 名	預金種目	口 座 番 号
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店・出張所	1 普通 2 当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 本人名義以外の口座に振込を希望する場合は別途委任状が必要です。

委任状

年 月 日

私は、下記のとおり代理人を定め、次の権限を委任します。

調布市での介護保険要介護（要支援）認定期間中における介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限

記

委任者 (被保険者)	氏名	Ⓜ
	住所	
代理人	氏名	
	住所	

※ 本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、この委任状が必要です。