第２０号様式（第２０条関係）

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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 住　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ℡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名（商品名等） | | | | | | TAISコード | | | | 製造事業者名 | | | | 購入金額（税込） | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | 年 　月 　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | 年　 月 　 日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | 年　 月 　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東京都北区長　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  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依 頼 欄 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | 種目 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1・普通預金 | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | | | 2・当座預金  3・その他 | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | | |  |  | |  | |  | |
|  | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　○この申請書に領収書、購入した用具のパンフレット、特定福祉用具販売計画書（事業所作成のもの）を添付してください。

○TAISコード又は福祉用具届出コードのいずれかを記載してください。

○「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。

○口座は被保険者本人名義のものを記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考  特定福祉用具販売事業所名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  事業所番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 窓口受付 | 端末入力 |
| 年　 月　 日  担当者 | 年　 月　 日  担当者 |