

申請書の確認に影響が出ますので、様式の加工(セルの結合など)は行わないでください。

介護保険福祉用具購入費支給申請書(兼領収書)

令和6 年度分

被保 険者	フリガナ	フクオカ タロウ	保険者番号									4	0	1	3	3	1
	氏名	福岡 太郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7													
	生年月日	明・大(昭) 25 年 8 月 8 日	在宅・入所(入院)中														
本人の状況																	
必要な理由	下肢筋力低下に伴う立ち座り動作の負担を軽減するため																
特定(介護予防) 福祉用具販売 事業者名	株式会社天神	特定(介護予防) 福祉用具販売 事業者番号	4	0	7	6	5	4	3	2	1	0					
種目※	商品名	製造事業者名	購入金額	購入日													
1	○○補高便座	株式会社◆◆◆	20,000 円	平 令	6	年	4	月	1	日							
3	シャワーチェア★★	□□□株式会社	14,000 円	平 令	6	年	4	月	1	日							
該当する種目の番号を下記の1~9から選択し記入してください。 購入商品が4つ以上ある場合は、2枚目をご使用ください。			34,000 円	平 令	6	年	4	月	1	日							

※種目には次の番号を記載(1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分
6. 排泄予測支援機器 7. スロープ 8. 歩行器 9. 歩行補助杖)

上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。

令和 6 年 4 月 1 日

(あて先) 福岡市 中央 区長申請者 住 所 福岡市 中央 区 天神1丁目8番1号

氏 名 福岡 太郎

日中の連絡先 (電話)

092-●●●-▲▲▲▲

※太枠欄のみ記入してください。
※振込先口座は、申請者名義の口座を記入してください。

4桁の金融機関(銀行)コードと3桁の店舗(支店)コードを記載してください。

上の横の□に✓をしてください。

1. 本人口座への振込を希望する。(公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。)

振 込 先	金融機関 コード	1	2	3	4	店舗コード	5	6	7	普通	口座番号				
	金融機関名	博多	銀行	農協 金庫・組合	店舗名	天神	本店 支店	当座	0	0	1	2	3	4	5

本人の公金受取口座への振込を希望する場合は、注意事項を確認してください。

フクオカ タロウ

福岡 太郎

2. 本人の公金受取口座への振込を希望する。

※公金受取口座への振込を希望する場合のみ、個人番号を記入してください。

<公金受取口座への振込を希望する場合の注意事項>

個人番号

・事前にマイナポータルから公金受取口座の登録が必要です。

・本申請書提出後に公金受取口座の変更・抹消を行った場合、変更・抹消前の公金受取口座に振込むことがあります。

・番号確認書類(マイナンバーカード、通知カード等)と身元確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)が必要です。

ただし、番号確認書類としてマイナンバーカードを提出した場合、身元確認書類は不要です。

※身元確認書類は、公的機関が発行した顔写真付きの公的な書類であれば1点、顔写真のない公的な書類であれば2点必要です。

※郵送での申請の場合、番号確認書類と身元確認書類の写しを同封してください。

・被保険者本人名義の公金受取口座のみ利用できます。(相続人や代理人名義の口座は利用できません)

3. 区福祉・介護保険課窓口での受け取りを希望する。

(口座等が無く、やむを得ず区役所で現金での受取を希望される方。必ず、事前にお住いの区の福祉・介護保険課へご相談ください。)

下記の支給額を受領しました。 令和 年 月 日

住 所 福岡市 区

(あて先)

資金前渡者

氏 名

保険者処理欄

受付年月日

給付制限

〔企・支 1 () →)〕

口事業者指定状況確認



～介護保険を利用して福祉用具を購入したことがある方へ～

過去の支給実績が下記の場合、福祉用具購入費を支給できない場合がありますので、
購入前に確認しておくことをおすすめします。

○年度の支給限度額(10万円)を超過している、または残額不足である。

○今回購入予定の商品が、以前に介護保険を利用して購入したものと同種である。

番号カード提示

有・無

認
書
類

口健康保険被保険者証

番号確認書類提示

有・無

口後期高齢者医療被保険者証

個人番号システム確認済

口確認済み

口その他()