

※申請書は記載誤りがない状態で提出してください。

次のとおり申請します。なお、支給金額は、次の指定口座に振り込んでください。

		申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	富山 一郎	被保険者との関係	本人
申請者住所	〒 ー ー 電話番号 ー		

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者証の番号		個人番号	
	フリガナ	トミヤマ イチロウ		生 年 月 日
	氏 名	富山 一郎		〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号		電話番号 443-2193

特 定 ( 介 護 予 防 ) 福 祉 用 具

特定（介護予防）福祉用具の種目及び商品名	販売事業者名・番号		
製造事業者名	購入に要した金額	購入を行った年月日	
ポータブルトイレ AB-CD	(株) △△製作所	1	6 7 0 9 8 7 6 5 4
〇〇化成 (株)	23,000 円	〇〇年〇〇月〇〇日	
	円	平成	年 月 日

指定福祉用具販売業者で  
購入したものでないと保険  
給付の対象にはなりません。

特定（介護予防）福祉用具が必要な理由  
\*当該特定（介護予防）福祉用具が記載された居宅（介護予防）サービス計画、または特定（介護予防）福祉用具販売計画を添付する場合、記載は不要です。

脳梗塞により緊急入院し、〇〇年〇月〇日に退院した。自宅に戻り生活するも、寝室からトイレまでが遠く、移動に時間がかかるため、ポータブルトイレを購入し、移動の時間を短縮し、安全に排泄を行う。

本人以外の口座を指定する場合は、委任状が必要になります。

振 込 指 定 座	金融機関名	〇〇銀行	支店名	本店	フリガナ	トミヤマ ジロウ
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人	富山 二郎

※個人番号を記載された場合

- 本人申請の場合は、①本人の身元確認書類（「運転免許証」など）及び②番号確認書類（「通知カード」など）を持参してください。
- 代理申請の場合は、①代理権の確認書類（被保険者本人の「介護保険被保険者証」（原本）、「委任状」（様式自由）など）、②代理人の身元確認書類（代理人の「運転免許証」など）、③番号確認書類（被保険者本人の「通知カードの写し」など）が必要となります。