＜償還払い/受領委任払い 共通＞

（別紙） 福祉用具購入費支給申請用

フリガナ		保険者番号		２	１	２	１	３	４
被保険者 氏　名		被保険者 番　号							

種目名	商品名	製造事業者名	
福祉用具販売事業者番号	販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
福祉用具が 必要な理由	□ 別添資料のとおり		

種目名	商品名	製造事業者名	
福祉用具販売事業者番号	販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
福祉用具が 必要な理由	□ 別添資料のとおり		

種目名	商品名	製造事業者名	
福祉用具販売事業者番号	販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
福祉用具が 必要な理由	□ 別添資料のとおり		

種目名	商品名	製造事業者名	
福祉用具販売事業者番号	販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年　月　日
福祉用具が 必要な理由	□ 別添資料のとおり		

【注意】

・この用紙は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書および介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）の別紙です。福祉用具を複数購入し、申請書の記載欄が足りないときに使用してください。

・この用紙のみでの申請はできませんので、必ず申請書と一緒に提出してください。