

西東京市介護予防福祉用具購入費補助金交付申請書

予防

(R8.07版)

被保険者番号										保険者番号	132290
住 所	〒 西東京市 町 丁目 番 号										
フリガナ										認定有効期間(総合事業対象者)	
被保険者氏名										令和 年 月 日～	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日									負担割合	1割・2割・3割

販売事業者名		事業者番号:	
福祉用具名	種 目		
	商品名		
製造事業者名			
購入金額		円	円
領 収 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日

【福祉用具が必要な理由】 ※身体状況等をふまえ、具体的に記載してください。
記入者: □地域包括支援センター職員 □介護支援専門員 □福祉用具専門相談員
事業所名:

(あて先) 西東京市長
上記のとおり福祉用具を購入しましたので、補助金の交付を申請します。
交付金については、下記の口座に振り込んでください。
なお、本申請の審査にあたり、市が同行状況報告書を確認することを承諾します。(※1)
令和 年 月 日
申請者 住 所
(被保険者本人) 氏 名 電話番号

補助金振込先口座記入欄(口座名義が被保険者本人のもの)

金融機関名		支店名		種別	口座名義(フリガナ)	
銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店 本店		1.普通 2.当座 3.貯蓄 ()		
金融機関コード		支店コード				
口座番号						

※1 同行訪問アセスメントを実施した場合のみ
(添付書類)
□ 領収書(被保険者あてのもの ※フルネームで記載のこと)
□ 福祉用具のパンフレット等(コピー可)

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

利用者負担割合	1割・2割・3割	決定通知	入力	審査	確認	受付
自 己 負 担 額	円					
支 給 決 定 額	円					