

記載例

介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）

カコガワ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
氏名	加古川 太郎		生年月日				受理番号						
住所	(〒675-8501) 加古川市加古川町北在家2000												
負担割合	2割	要介護	支援	2	認定有効期間	令和元年1月1日～令和元年12月31日							
販売事業者名	〇〇〇〇株式会社		介護保険事業者番号										
福祉用具商品名/TAISコード		種目コード	福祉用具が必要な理由										
購入内容	1 背付シャワーベンチ TAISコード 00001 - 000010		3	☐身体機能の低下（以下に理由を明記） <input checked="" type="checkbox"/> 再購入（以下に理由を明記） (老朽化のためぐらつきがある。 不安定な為、再購入したい。)									
	2 暖房ポータブルトイレ TAISコード 00001 - 000010 △△△△化成		1	<input checked="" type="checkbox"/> 身体機能の低下（以下に理由を明記） ☐再購入（以下に理由を明記） ()									
	種目は下記一覧より選択し、番号を記入して下さい		1	↑必ず福祉用具専門相談員の助言を受けて個々の用具ごとに記載して下さい。									
種目コード一覧		1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置 3 入浴補助用具 4 簡易浴槽 5 移動用リフトのつり具部分											
来庁者氏名 ※この申請書を提出される方		<input type="checkbox"/> 続柄 () <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 販売業者 連絡先TEL ()											
加古川市長様		申請者の印鑑（認印）を2ヶ所に同一の印鑑を押印して下さい											
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 なお、上記の保険給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します 令和元年2月1日		申請者住所 加古川市 加古川町北在家2000 (被保険者)											
事業者登録番号を記入し、事業者登録申請書と同じ口座を記入し、申請した使用印鑑を申請書に押印してください。		加古川 太郎 加古川市加古川町北在家20000 電話番号 079(427)9125 〇〇〇〇株式会社											
登録番号	代表者名		介護 洋倶 (使用印鑑)										
口座振込依頼欄	金融機関名		本店名		種目	口座番号(右詰め)							
	〇〇〇〇 銀行 信用金庫 農協・信用組合		〇〇 支店		普通	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇							
	フリガナ		〇〇〇〇カブシキガイシャ										
口座名義人		〇〇〇〇株式会社											

※ 太枠内をすべて記入してください。
 <市処理欄> ※この欄は記入しないでください。

① 購入日	令和 年 月 日	① 購入金額	円
② 購入日	令和 年 月 日	② 購入金額	円
③ 購入日	令和 年 月 日	③ 購入金額	円
事後申請日	令和 年 月 日	支給対象購入費用	円
支給決定年月日	令和 年 月 日	支給決定金額	円

受付印

