介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払）

フリガナ		被保険者番号	0 0 0
被保険者氏名		生年月日	大正・昭和　年　月　日
		個人番号	
住　所	（〒６７５－　　） 加古川市 連絡先TEL　（　　）		
要介護・支援		認定有効期間	年　月　日～　年　月　日
販売事業者名		介護保険事業者番号	

		福祉用具商品名／TAISコード 製造事業者名	種目コード	福祉用具が必要な理由
購入内容	1	TAISコード　－		□身体機能の低下（下記に理由を明記）□再購入（下記に理由を明記） （　　）
	2	TAISコード　－		□身体機能の低下（下記に理由を明記）□再購入（下記に理由を明記） （　　）
	3	TAISコード　－		□身体機能の低下（下記に理由を明記）□再購入（下記に理由を明記） （　　）

種目コード一覧	1　腰掛便座　2　自動排泄処理装置　3　排泄予測支援機器 4　入浴補助用具　5　簡易浴槽　6　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	□続柄（　　）　□ケアマネ　□販売業者 連絡先TEL　（　　）

加古川市長　様

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を申請します。
また、支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、下記の口座に振込みを依頼します。
なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。

年　　月　　日

申　請　者　住　所　加古川市
（被保険者）
氏　名　（自署または記名・押印）

□公金受取口座を利用する。（加古川市に住民票を置いている方のみ）

注1:上記にチェックを入れた場合は、以下の口座振込依頼欄の記入は不要です。
上記チェックの有無にかかわらず、以下の口座振込依頼欄に記入された場合は、以下の口座情報が優先されます。

注2: 必ず個人番号（マイナンバー）を記載してください。記載がない場合は、公金受取口座を指定できません。

口座振込依頼欄	金融機関名	本支店名	種目	口座番号（右詰め）
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 支所 出張所	普通 当座 貯蓄	
	フリガナ			
	口座名義人			

※太枠内をすべてご記入してください。

（注）①領収証（２つ以上の場合は内訳書も必要）およびカタログのコピーを添付して提出下さい。
②代理口座の場合は委任状を添付してください。

＜市処理欄＞　この欄は記入しないでください。

①　購　入　日	年　月　日	①　購　入　金　額	円
②　購　入　日	年　月　日	②　購　入　金　額	円
③　購　入　日	年　月　日	③　購　入　金　額	円
		支給対象購入金額	円
支給決定年月日	年　月　日	支給決定金額	円

負担割合	割

受付印