

記載例

介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払）

カコガワ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
加古川 太郎		生年月日	大正	昭和	〇	年	〇	月	〇	日				
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	(〒675-8501) 加古川市 加古川町北在家2000		連絡先Tel	079(421)2000										
要介護・支援	2		認定有効期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日										
販売事業者名	〇〇〇〇株式会社		介護保険事業者番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
購入内容	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											
	製造事業者名													
	暖房ポータブルトイレ TAISコード 00001-000010 △△△△化学工業	1	<input checked="" type="checkbox"/> 身体機能の低下（下記に理由を明記） <input type="checkbox"/> 再購入（下記に理由を明記） （右半身に麻痺があり単独歩行は困難で、自宅トイレへの移動時に転倒リスクが高いため）											
	背付シャワーベンチ TAISコード 00001-000010 △△△△化成	2	<input type="checkbox"/> 身体機能の低下（下記に理由を明記） <input checked="" type="checkbox"/> 再購入（下記に理由を明記） （以前購入したものが破損したため）											
「種目」は下記一覧より選択し、番号を記入して下さい		<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	〇〇〇〇株式会社 △△ <input type="checkbox"/> 続柄() <input type="checkbox"/> ケアマネ <input checked="" type="checkbox"/> 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、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 〇年 〇月 〇日 申請者住所 加古川市加古川町北在家2000 (被保険者) 氏名 (自署または記名・押印) 加古川 太郎												
<input type="checkbox"/> 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)										
	〇〇〇 銀行 信用金庫 農協・信用組合	〇〇 支店 支所 出張所	普通 当座 貯蓄	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	フリガナ	カコガワ タロウ												
	口座名義人	加古川 太郎												

※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。

<市処理欄>			負担割合	割合
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

受付印

