

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）

フリガナ				被保険者番号	0	0	0														
被保険者氏名				生年月日				受理番号													
				大正・昭和																	
				年 月 日																	
住所	(〒675-) 加古川市																				
													連絡先☎ ()								
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																	
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																				
	1	TAISコード -			() ☐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）																
	2	TAISコード -																			
3	TAISコード -			() ☐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				☐続柄 ()				☐ケアマネ				☐販売業者									
※この申請書を提出される方				連絡先☎ ()																	
加古川市長様																					
<p>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。</p> <p>また、下欄の者を受任者と定め、上記の保険給付費の受領に関する権限を委任します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 加古川市</p> <p style="text-align: center;">(被保険者)</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(自署または記名・押印)</p>																					
(受任者)				住所				電話番号													
				事業者名				()													
登録番号				代表者名																	
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。

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

受付印

