

記載例

介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払）

氏名		加古川 太郎		被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
住所		(〒675-8501) 加古川市 加古川町北在家2000		生年月日		大正・昭和		〇年		〇月		〇日					
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		
購入内	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			☒ 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） （ 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。 ）													
	暖房ポータブルトイレ		1														
	TAISコード 00001 - 000010 △△△株式会社																
種目は右記一覧より選択し、番号を記入して下さい				☐ 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つ以上の福祉用具を購入される場合は、「購入内容別紙」に記入してください。				腰掛便座 2 自動排泄処理装置 3 排泄予測支援機器 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具部分 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ ☐ 続柄（ ） ☐ ケアマネ ☐ 販売業者 連絡先TEL（ ）													
※この申請書を提出される方																	
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、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。 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。 なお、貸与と販売の選択制が導入されている商品（種目コード7～9）については、指定販売事業所から貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を受けたうえで同意しました。 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 加古川 太郎 （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） 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してください。 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									
		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。

受付印

＜市処理欄＞ この欄は記入しないでください。

負担割合	割
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
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

