

記載例

(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
被保険者氏名		加古川 太郎		生年月日		大正・昭和		〇年		〇月		〇日	
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
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			☒ 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) (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。)									
	TAISコード 00001 - 000010		1										
	△△△△株式会社			☐ 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) ()									
種目は右記一覧より選択し、番号を記入して下さい		※ 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 ()											
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)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 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) 加古川市加古川町北在家2000 電話番号 079(427)9125 事業者名 〇〇〇〇株式会社 代表者名 介護 洋倶 登録番号 〇〇 金融機関名 〇〇〇〇 銀行 信用金庫 〇〇 支店 普通 口座番号(右詰め) 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。

受付印

<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
事後申請日	年	月	日	支給対象購入費用	円
支給決定年月日	年	月	日	支給決定金額	円

