

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		種 目		福祉用具が必要な理由									
		製造事業者名		コード											
購入内容	1					□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） ()									
		TAISコード -													
	2			□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） ()											
		TAISコード -													
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 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ											
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、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。															
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。		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	

