

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			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		種目コード	福祉用具が必要な理由												
		製造事業者名															
購入内容	1				□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） ()												
		TAISコード -															
	2				□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） ()												
		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			<input type="checkbox"/> 続柄 () <input type="checkbox"/> ケアマネ <input 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。 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)																	
(受任者) 住所			電話番号														
登録番号			事業者名			()											
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。

★個人番号欄を記載した場合は、個人番号が確認できる書類（マイナンバーカード等）及び被保険者の本人確認書類（※顔写真付きは1点、それ以外は2点）が必要です。

<市処理欄> この欄は記入しないでください。

	受理番号		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
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

受付印

