

記載例

(介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払)

被保険者氏名		カコガワ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7										
住所		加古川 太郎		生年月日	大正		昭和	〇	年	〇	月	〇	日	個人番号										
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	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																							
1	暖房ポータブルトイレ TAISコード 00001 -000010 - △△△△株式会社	1	<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 (以下に理由を明記) <input type="checkbox"/> 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。)																					
2	TAISコード -		<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 (以下に理由を明記) <input type="checkbox"/> 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 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ																							
種目は上記一覧より選択し、番号を記入して下さい		<input type="checkbox"/> 続柄 () <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 販売業者 連絡先TEL ()																						
※ 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。		居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 〇、上記の保険給付費の受領に関する権限を委任します。 〇筆修正を行うことに同意します。 〇購入されている商品 (種目コード7～) について十分な説明を受けたうえで同意します。																						
〇年 〇月 〇日 申請者住所 (被保険者) 加古川市 加古川町北在家2000 加古川 太郎		自署でない場合は押印が必要ですので、氏名の右横に認印を押してください。																						
事業者登録番号を記入し、事業者登録申請書と同じ口座を記入してください。 〇〇		住所 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 洋俱																						
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	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。
 ★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

