

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													
要介護・支援		2		連絡先Tel		079(421)2000									
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
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	暖房ポータブルトイレ		☑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。)											
		TAISコード 00001 - 000010													
		△△△株式会社													
	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													
種目は上記一覧より選択し、 番号を記入して下さい		☐続柄 () ☐ケアマネ ☐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。		ご自宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 ため、上記の保険給付費の受領に関する権限を委任します。 加筆修正を行うことに同意します。 購入されている商品（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。		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。													
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。

★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。

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

受 付 印

