

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

被保険者氏名				保険者番号									
フリガナ				被保険者番号									
氏名	氏				個人番号								
	名												
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年	西暦	年	月	日	要介護 度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
認定有効期限		令和		年	月	日	～	令和	年	月	日		
住所	〒				性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村												
	電話番号				-					-			
		購入した福祉用具①				購入した福祉用具②				購入した福祉用具③			
福祉用具名													
福祉用具の種目		<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分				<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分				<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分			
商品のTAISコード													
特定福祉用具販売事業者指定番号													
販売事業者名													
製造事業者名													
購入金額													
購入年月日		令和 年 月 日				令和 年 月 日				令和 年 月 日			
福祉用具が必要な理由													

※裏面にも必要事項を記載してください

砥部町長 様

前のとおり、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。

令和 年 月 日

申請者	住所	<input type="text"/>		電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	<input type="text"/>	⑨	被保険者との関係	<input type="text"/>		
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称	<input type="text"/>					
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他					
事業所の 電話番号	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	提出者 氏名	<input type="text"/>

- 注意
- この申請書のほか、領収書、福祉用具のパフレット等を添付してください。
 - 「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。
欄内に記載が困難な場合は、下部の余白に記載してください。
 - 特注の「すのこ」が購入対象の場合は写真と見積書を添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
口座振込 依頼欄	金融機関コード	金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他
	店舗コード	店舗名		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	口座番号	<input type="text"/>	
	ゆうちょ銀行	記号	<input type="text"/>		番号	<input type="text"/>	
	フリガナ		<input type="text"/>				
	口座名義人		<input type="text"/>				