

## 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																	
氏名	氏	名	被保険者番号														
			個人番号														
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"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <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			円				円				円						
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

愛南町長

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 氏名	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	被保険者との関係	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	-	提出者 氏名

- 注意
- ・この申請書のほかに領収書、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。

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"/>
	ゆうちょ銀行の場合、通帳の備考欄などに記載されている受取口座番号をご記入ください。				
	フリガナ		<input type="text"/>		
	口座名義人		<input type="text"/>		