

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書(償還払)

|                    |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |
|--------------------|------------------|--|--------|--|--|------------------|-----|--|------|---|--------|-------|-------|---|---|---|---|-----|--|
| フリガナ               |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   | 保険者番号  | 2     | 8     | 2 | 1 | 6 | 0 | 高砂市 |  |
| 被保険者氏名             |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   | 被保険者番号 |       |       |   |   |   |   |     |  |
| 生年月日               | 年 月 日            |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |
| 住 所                | 〒 - - [連絡先 - - ] |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |
| 福祉用具名<br>(商品名及び品番) |                  |  | 製造事業者名 |  |  | 販売事業者名<br>(指定番号) |     |  | 購入金額 |   |        | 購入年月日 |       |   |   |   |   |     |  |
| 1                  |                  |  |        |  |  |                  | ( ) |  |      | 円 |        |       | 年 月 日 |   |   |   |   |     |  |
| 2                  |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      | 円 |        |       | 年 月 日 |   |   |   |   |     |  |
| 3                  |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      | 円 |        |       | 年 月 日 |   |   |   |   |     |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由     |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |
|                    |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |
|                    |                  |  |        |  |  |                  |     |  |      |   |        |       |       |   |   |   |   |     |  |

※対象となる福祉用具は、指定事業者で販売されるものに限り、指定事業者から福祉用具を購入した場合に限り、支給対象となります。

※総合事業対象者は支給対象となりません。

|   |   |
|---|---|
| 高砂市長 様  |   |
| <p>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。<br/>また、支給される居宅介護(介護予防)福祉用具購入費については、下記の口座に振り込みを依頼します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 高砂市 _____</p> <p>申請者 (被保険者) 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">自署又は記名・押印</p> <p>来庁者 _____ □続柄( ) □ケアマネ □販売業者</p> <p>※この申請書を提出される方 電話番号: _____</p> |   |
|   | <div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">受 付</div> |

|         |       |                                      |      |  |  |       |  |  |  |
|---------|-------|--------------------------------------|------|--|--|-------|--|--|--|
| 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | 金融機関コード                              |      |  |  | 支店コード |  |  |  |
|         |       |                                      |      |  |  |       |  |  |  |
|         | 預金種別  | 銀行 支店<br>信用金庫 出張所<br>信用組合<br>農 協 支 所 |      |  |  |       |  |  |  |
|         |       | 1 普通                                 | 口座番号 |  |  |       |  |  |  |
| 2 当座    |       | フリガナ                                 |      |  |  |       |  |  |  |
|         | 3 その他 | 口座名義人<br>(被保険者)                      |      |  |  |       |  |  |  |

※1 この申請書のほかに下記の書類を添付してください。

- ①特定福祉用具の領収書
- ②購入した特定福祉用具のカタログの写し

※2 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の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、裏面に記載してください。

市記入欄 <以下は記入しないでください。>

|        |                 |  |                                       |    |    |       |
|--------|-----------------|--|---------------------------------------|----|----|-------|
| 認定結果   | 支1・2 介1・2・3・4・5 | 認定有効期間   | 上記の申請について、左記のとおり福祉用具購入費の支給を決定してよろしいか。 |    |    |       |
| 支給限度額  | 円               |  | 課長                                    | 係長 | 担当 | チェック欄 |
| 負担割合   | 割               | から<br><hr style="border: 1px solid cyan;"/> まで |                                       |    |    |       |
| 支給決定額  | 円               |  |                                       |    |    |       |
| 支給後限度額 | 円               |  |                                       |    |    |       |
| 未納保険料  | 有 ・ 無           |  |                                       |    |    |       |