

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 (商品名及び品番)			製造事業者名			販売事業者名 (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 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。 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>	
	受 付

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 信用金庫 信用組合 農 協								支 店 出張所			
		1 普通	口座番号								支 所		
2 当座		フリガナ											
	3 その他	口座名義人 (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 <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					