

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				被保険者番号	0	0	0	0							
被保険者氏名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
住所	郵便番号（〒675- ） 加古川市 連絡先Tel （ ）														
要介護度				認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日										
販売事業者名				介護保険事業者番号											
購入内容	福祉用具商品名		種目コード	福祉用具が必要な理由											
	製造事業者名														
	1			<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（下記に理由を明記） （ ）											
	2			<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（下記に理由を明記） （ ）											
3			<input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 再購入（下記に理由を明記） （ ）												
種目コード一覧		1 腰掛便座 2 特殊尿器 3 入浴補助用具 4 簡易浴槽 5 移動用リフトのつり具部分													
加古川市長様 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、下記の口座に振込みを依頼します。 平成 年 月 日 申請者住所 加古川市 （被保険者） 氏名 (印)															
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）						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			支店 支所			普通 当座 貯蓄								
	フリガナ														
口座名義人															

(印)
申請者
捨印

※この申請書を提出する際は、太枠内をすべてご記入の上、
 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。
 <市処理欄>この欄は記入しないでください。

① 購入日	平成 年 月 日	① 購入金額	円
② 購入日	平成 年 月 日	② 購入金額	円
③ 購入日	平成 年 月 日	③ 購入金額	円
		支給対象購入金額	円
支給決定年月日	平成 年 月 日	支給決定金額	円

