

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ											保険者番号	/	/	/	4	0	2	0	3	2	
被保険者氏名											被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号																
住所	〒 久留米市																				
①	【福祉用具名】※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ										【製造事業者名】					【購入日】 年 月 日					
	【種目名及び商品名】										【販売事業者名】					【全額】 円					
	TAISコード										事業所番号					【支払】 円					
②	【福祉用具名】※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ										【製造事業者名】					【購入日】 年 月 日					
	【種目名及び商品名】										【販売事業者名】					【全額】 円					
	TAISコード										事業所番号					【支払】 円					
③	【福祉用具名】※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ										【製造事業者名】					【購入日】 年 月 日					
	【種目名及び商品名】										【販売事業者名】					【全額】 円					
	TAISコード										事業所番号					【支払】 円					
購入金額合計		円										負担割合証の記載					<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
(支払額)		円																			
久留米市長 あて 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。																					
年 月 日																					
申請者住所 久留米市																					
(被保険者) ※本人自書																					
氏名										電話番号											

添付書類：領収証、福祉用具のパフレット(特注品の場合は、写真と図面)、福祉用具サービス計画書の写し

支払方法 1. 口座(本人名義のみ) 2. 受領委任払い 3. 現金

1. 口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号(右詰め)															
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金																
			2 貯蓄預金																
			3 その他																
	フリガナ	()																	
	口座名義人																		
2. 受領委任払い	受領委任払取扱事業所登録番号										受付印								
(市記入欄) 給付実績 無 / 有 ()																			
給付制限 <input type="checkbox"/> 制限なし / <input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 一時停止 <input type="checkbox"/> 減額 受付()																			
要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																			
認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日																			