

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	9	4		
氏名			被保険者番号								
生年月日	大正・昭和	年	月	日	個人番号						
要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	認定有効期間		/ / ~ / /								
住所	〒		電話番号		- -						
三田市											
販売事業者名			事業所番号								
種目コード	TAISコード	購入金額 /		購入日（領収日）							
	商品名 製造事業者名	必要な理由（記入者：事業所 / 氏名）									
	-			円 / 令和 年 月 日							
	-			円 / 令和 年 月 日							
	-			円 / 令和 年 月 日							
種目コード一覧	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ										
三田市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 （被保険者） 氏名								受付印押印欄			
								※自署または記名・押印			
口座振込 依頼欄	金融機関コード	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店コード	本店 支店 出張所		□在宅□その他 （確認先：） □基準額超負担了承				
	預金種別	口座番号		フリガナ							
	普通・当座・貯蓄			口座名義人	(続柄：)						
※振込先は、原則、申請者（被保険者）の口座を記入してください。 申請者（被保険者）以外の口座に振込を希望される場合、口座名義人欄の（ ）内に続柄を記入してください。 （三田市記入欄）※1 サービス計画書とする場合 ※2 購入種目がスロープの場合 ※3 購入種目が排泄予測支援機器の場合											
書類確認	□領収書 □パンフレット □見積書 □理由書※1 □平面図※2 □写真※2 □確認調書※3										
保険料滞納	□無 □有		給付制限	□無 □償還払化 □一時差止 □給付額減額							
要介護度	□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5										
申請区分	□新規 □変更（介護） □更新		有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日							
負担割合	□1割 □2割 □3割		送付先	□無 □有							
利用実績	過年度 □無 □有（ 年度 円（ ）、 年度 円（ ））										
	当年度 □無 □有（ 円（ ）） □別件申請中（ 円（ ））										
実績支給基準額	円		実績支給額	円							
残支給基準額	円		残支給額	円							
今回支給基準額	円		今回支給額	円							
令和 年 月 日	上記支給申請について、次のとおり決定してよろしいか（伺い）								課長	副課長	係長
□支給 支給決定額 円											
□不支給 [理由：]								係	係長		
								完結 年月日	令和 年 月 日		