

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	サンダ タロウ		保険者番号	2	8	2	1	9	4					
氏名	三田 太郎		被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	大正・昭和	○	年	○	月	○	日	個人番号は不明の場合、空欄でも可。						
要支援1・要支援2	要介護	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定有効期間	○ / ○ / ○ ~ ○ / ○ / ○							
住所	〒 669 - 1595		電話番号	079 - 559 - 5078		三田市 三輪2-1-1								
販売事業者名	〇〇株式会社			事業所番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0
種目コード	TAISコード		購入金額		購入日（領収日）									
	商品名		必要な理由（記入者：事業所 〇〇株式会社 / 氏名 〇〇 〇〇）											
4	12345 - 123456		23,100		円 / 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
	〇〇シャワーチェアSP													
	〇〇化成													
	-		円 / 令和 年 月 日											
	-		円 / 令和 年 月 日											

種目コードは下記一覧より選択し、番号を記入してください。

①現在の状況②課題・問題点③目的・効果等が分かるように商品ごとに理由を記入してください。

自署でない場合は押印してください。

- 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  
 申請者 住所 三田市三輪2-1-1  
 （被保険者） 氏名 三田 太郎

受付印押印欄

口座振込依頼欄	金融機関コード	〇〇		銀行・信用金庫	支店コード	〇〇		本店	□在宅□その他（確認先：） □基準額超負担了承
	1 2 3 4			農協・信用組合	1 2 3			出張所	
	預金種別	口座番号		フリガナ	サندان タロウ				
	普通・当座・貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	三田 太郎（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）サービス計画書とする場合 ※2 購入種別

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。

書類確認	□領収書	□パンフレット	□見積書
保険料滞納	□無 □有	給付制限	□無 □有
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	係 係長 係長 係長		
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）			
□支給 支給決定額 円			
□不支給 [理由： ]			
完結年月日		令和 年 月 日	