

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書[受領委任払]

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	昭利	〇	年	〇	月	〇	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1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	認定有効期間		〇 / 〇 / 〇 ~ 〇 / 〇 / 〇											
住所	〒 669 - 1595		電話番号	079		- 559		- 5078						
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	0
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													
4	12345 - 123456		23,100		円	/	令和	〇	年	〇	月	〇	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 〇 年 〇 月 〇 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			
											自署でない場合は押印してください。			
											※自署または記名・押印			
											□在宅□その他 (確認先: ) □基準額超負担了承			

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 承認通知書														
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5														
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(介護) <input type="checkbox"/> 更新			有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			送付先	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
合計購入金額	円		利用者負担額	円		課長	副課長		係長						
支給基準額	円		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)														
<input type="checkbox"/> 支給 支給決定額 円 <input type="checkbox"/> 不支給 [理由: ]															
						完結年月日	令和 年 月 日								