

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]

※太枠内の必要事項に記入して下さい。訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印して下さい。

フリガナ					保険者番号	2	8	2	1	9	4
被保険者氏名					被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 三田市				電話番号 - -						
福祉用具名 (種目名及び商品名)			製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額		購入日			
						円		令和 年 月 日			
						円		令和 年 月 日			
						円		令和 年 月 日			
			合計購入金額			円					
福祉用具が必要な理由	<input type="checkbox"/> 下記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙サービス計画写しのとおり										
上記理由記入者	事業所等名称					担当者名					
居宅介護(介護予防)支援事業者等	事業所名称					担当者名					
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 (印)											受付印押印欄 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関	金融機関コード				店舗名	店舗コード				預金種別	
		金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合				店舗名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	
口座番号						フリガナ						
						口座名義		(続柄:)				

- ※①振込先は、原則、被保険者(申請者)の口座を記入してください。
 ②口座名義欄には、必ずフリガナを記入してください。
 ③被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される場合、口座名義欄の()内に続柄を記入してください。
- 【注意事項】** 支給申請書に下記の書類を添付してください。
 ①領収書(福祉用具購入に要した費用にかかるもので被保険者名あてのもの(コピーでも可))
 ②購入した用具のパフレット
 ③見積書(購入した内訳がわかるもの)
 ④福祉用具が必要な理由が、サービス計画書に記載の理由とする場合は、当該サービス計画書の写し

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パフレット <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 理由書(サービス計画書の場合)										
保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		給付制限		<input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止		給付額減額				
認定結果	<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										
	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更(介護)申請 有効期間:平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日										
利用実績	過年度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年度 円(), 年度 円())										
	当年度内 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 一部利用有 <input type="checkbox"/> 一部別件申請中(円)										
①実績支給基準額	円				②実績支給額	円				備考	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他() (確認先:) <input type="checkbox"/> 基準額超自己負担了承
③残支給基準額	円				④残支給額	円					
⑤今回支給基準額	円				⑥今回支給額	円					
令和 年 月 日 支給決定額 円											
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"/> 決定 <input type="checkbox"/> 不決定[理由:]											
課長		係長			係	保険料	完結年月日		台帳		
							令和 年 月 日		NO.		