

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書【償還払用】

|                                                                                         |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|------|--|--|--------|-------|-------|--|---|---|---|---|---|---|--|
| フリガナ                                                                                    |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  | 保険者番号  |       |       |  | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 |  |
| 被保険者氏名                                                                                  |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  | 被保険者番号 |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 個人番号                                                                                    |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 生年月日                                                                                    | 年 月 日 |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  | 性別     |       | 男 ・ 女 |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 住所 〒                                                                                    |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 電話番号                                                                                    |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)                                                                     |       |                                          |  | 製造事業者名及び<br>販売事業者名 |  |  |  | 購入金額 |  |  |        | 購入日   |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
|                                                                                         |       |                                          |  |                    |  |  |  | 円    |  |  |        | 年 月 日 |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
|                                                                                         |       |                                          |  |                    |  |  |  | 円    |  |  |        | 年 月 日 |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
|                                                                                         |       |                                          |  |                    |  |  |  | 円    |  |  |        | 年 月 日 |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 合計購入金額(消費税込み)                                                                           |       |                                          |  |                    |  |  |  | 円    |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                                                          |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 要介護度区分                                                                                  |       | 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |
| 藤枝市長 宛<br>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。<br>年 月 日<br>住所<br>申請者<br>氏名<br>電話番号 |       |                                          |  |                    |  |  |  |      |  |  |        |       |       |  |   |   |   |   |   |   |  |

|        |      |
|--------|------|
| 保険者記入欄 |      |
| 滞納     | 給付制限 |
| 有・無    | 有・無  |
| 領収日時点  |      |
|        |      |
| 号      | 割    |
| 購入履歴   |      |
|        |      |
| 給付額    |      |
| 円      |      |
| 自己負担額  |      |
| 円      |      |

注意 ・この申請書に、領収証、特定福祉用具販売計画の写し及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  
・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|             |                                                                                                                                                            |  |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|---------------------------|--|------|--|--|--|--|--|
| 受取口座        | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)<br>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に御登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する |  |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>労働金庫<br>農協                                                                                                                                   |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  | 種目                        |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |
|             | 金融機関コード                                                                                                                                                    |  |  |  | 店舗コード           |  |  | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他 |  |      |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                            |  |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ                                                                                                                                                       |  |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
| 口座名義人       |                                                                                                                                                            |  |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |

委任状 ※振込口座名義人が被保険者以外の場合は記入してください。

|                            |     |  |
|----------------------------|-----|--|
| 福祉用具購入費の受領は、上記口座名義人に委任します。 |     |  |
| 委任者<br>(被保険者)              | 住 所 |  |
|                            | 氏 名 |  |