

## 介護保険居宅介護（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 5 2												
被保険者氏名			被保険者番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	販売事業者番号											
資格	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号	要介護度				有効期間	～									
住所	〒 _____ 三木市											電話番号 ( ) _____				
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造事業者名 販売事業者名				購入金額 購入日								
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器				製造事業者名				円 令和 年 月 日								
商品名				販売事業者名												
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器				製造事業者名				円 令和 年 月 日								
商品名				販売事業者名												
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器				製造事業者名				円 令和 年 月 日								
商品名				販売事業者名												
福祉用具が必要な理由		別紙のとおり（破損等により再購入する場合は、その状況が分かるもの）														
三木市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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 _____ (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 ( ) _____																

(備考) 裏面に福祉用具のパフレット等及び別紙に領収証を添付してください。

居宅介護（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。

被保険者以外の口座への振込を希望する場合は、委任状を必ず記入してください。				委任状の有無		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
口座振込依頼欄	金融機関名		本支店名		種目		口座番号（右づめ）	
	金融機関コード		店舗コード		1 普通 2 当座 3 貯蓄			
	フリガナ							
	口座名義人							

市記入欄

収 受 印	保険料収納等状況	生活保護状況	支給履歴	支給決定額
	<input type="checkbox"/> 滞納無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
決 裁 欄	課 員		係 長	課 長