

介護保険住宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ											保険者番号	/ / / / 402032																															
被保険者氏名											被保険者番号																																
生年月日	明・大・昭 年 月 日生					個人番号																																					
元 一 住所 久留米市																																											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">福祉用具名 ※該当するものを選択してください (該当に レ)</td> <td colspan="3">製造事業者名</td> <td colspan="8">購入日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">種目名及び商品名</td> <td colspan="3">販売事業者名</td> <td colspan="8" rowspan="2">購入金額</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TAISコード</td> <td colspan="3">事業所番号</td> </tr> </table>													福祉用具名 ※該当するものを選択してください (該当に レ)		製造事業者名			購入日								種目名及び商品名		販売事業者名			購入金額								TAISコード		事業所番号		
福祉用具名 ※該当するものを選択してください (該当に レ)		製造事業者名			購入日																																						
種目名及び商品名		販売事業者名			購入金額																																						
TAISコード		事業所番号																																									
①	□腰掛便座 □自動排泄処理装置 □簡易浴槽 □入浴補助用具 □移動用リフトのつり具の部分		製造事業者名			年 月 日																																					
	種目名及び商品名		販売事業者名			全額 円																																					
	TAISコード	□□□□□一□□□□□	事業所番号	□□□□□□□□□□	支払 円																																						
②	□腰掛便座 □自動排泄処理装置 □簡易浴槽 □入浴補助用具 □移動用リフトのつり具の部分		製造事業者名			年 月 日																																					
	種目名及び商品名		販売事業者名			全額 円																																					
	TAISコード	□□□□□一□□□□□	事業所番号	□□□□□□□□□□	支払 円																																						
③	□腰掛便座 □自動排泄処理装置 □簡易浴槽 □入浴補助用具 □移動用リフトのつり具の部分		製造事業者名			年 月 日																																					
	種目名及び商品名		販売事業者名			全額 円																																					
	TAISコード	□□□□□一□□□□□	事業所番号	□□□□□□□□□□	支払 円																																						
購入金額合計		円			負担割合証の記載			□ 1 割																																			
(支払額)		円						□ 2 割																																			
□ 3 割																																											

添付書類・領収証(原本) 福祉用具のパンフレット(特注品の場合は、写真と図面) 福祉用具サービス計画書の写し、委任状(書類提出用)

*受領委任払いの場合は請求書、受領委任払用委任状が別途必要です

支払方法

1. 口座(本人名義のみ)

2. 受領委任払い

3. 現金

1. 口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 支所	種 目	口座番号(右詰め)							
						1 普通預金 2 賢蓄預金 3 その他 ()								
	金融機関コード				店舗コード									
	フリガナ													
	口座名義人													
2. 受領 委任払い	受領委任払取扱事業所登録番号											受付印		
(市記入欄)	番号 確認 ()	個・通・住・シ・職 ()	本人 確認 ()	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ()										
給付実績無 / 有 () 受付()														
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5														
認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日														