

介護保険居宅介護(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											
住所 久留米市																	
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									
T A I Sコード				事業所番号													
①	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 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								
	T A I Sコード				事業所番号				支払 円								
②	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 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								
	T A I Sコード				事業所番号				支払 円								
③	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 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								
	T A I Sコード				事業所番号				支払 円								
購入金額合計		円				負担割合証の記載				<input type="checkbox"/> 1 割 <input type="checkbox"/> 2 割 <input type="checkbox"/> 3 割							
		(支払額) 円															
久留米市長 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。 年 月 日 住所 久留米市																	
申請者 被保険者本人氏 名 電話番号 - -																	

添付書類：領収証(原本)、福祉用具のパフレット(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：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)									
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 貯蓄預金 3 その他 ( )										
	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													