

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ				保険者番号	太宰府市		4	0	2	2	1	4
被保険者氏名				被保険者番号	0	0	0	0				
				個人番号								
生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳	要介護度等		要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				
認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日	負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割		
住所	〒							電話番号				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号		製造事業者名及び 販売事業者名				購入予定金額		購入予定日			
(TAISコード)							円		年 月 日			
(TAISコード)							円		年 月 日			
(TAISコード)							円		年 月 日			
福祉用具が 必要な理由												
太宰府市長 様 前のお通り、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。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名 被保険者との関係												
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称											
	事業所種別											

注意 ・ この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパ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、個々の福祉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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【保険者チェック欄】

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 購入年月日 | <input type="checkbox"/> 購入理由（詳しく） | <input type="checkbox"/> 福祉用具名（詳しく） |
| <input type="checkbox"/> 介護度（購入日現在） | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具パンフレット（写し） | |
| <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 領収書（原本） | <input type="checkbox"/> 選択制の対象福祉用具についての書類 | |
| <input type="checkbox"/> 請求書（請求人の確認、金額確認） | <input type="checkbox"/> 承認通知書受取（来庁 月 日・郵送） | |
| <input type="checkbox"/> 支給限度額確認（履歴なし あり 年 月 日 円） | | |
| <input type="checkbox"/> 本人の状態確認（審査資料 問い合わせ 他） | | |

課員	係長	課長