様式第１号（第５条関係）

償還払い専用

（受付印）

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					２	４	２	０	５	７
被保険者氏名		被保険者番号										
		個人番号										
生年月日	大正・昭和　年　月　日	要介護度等	要支援・要介護（　　）									
認定有効期間	年　月　日　～　年　月　日											
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	購入金額	購入日
（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	

（申請先）　桑名市長　様

前のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

この申請に係る給付費を受領後、市が行う購入内容等の点検に協力し、当該点検について市が委託する者に対し、この申請に係る情報を提供することに同意します。

年　月　日

申請者（被保険者）

住所　〒　－

氏名

注意　・この申請書に添えて、領収証、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、別紙に記載してください。ただし、ケアプラン又は特定福祉用具販売計画を添付した場合で、その記載内容から特定福祉用具の必要性が確認できるときは記載を省略できます。

氏名□　被保番□　生年月日□　介護度□　有効期間□　住所□

裏面有○　裏面無○

種目名□　商品名□　指定番号□　製造業者□

販売業者□ ▶ 領収証□　金額□　購入日□ ▶ 8月か□　パンフ□

理由欄○ ▶ 全部か□　プラン○

日付□　住所□　氏名□ ▶ 本人か□

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	□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） 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登録いただけます。 □振込口座を指定する			
口座振込依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1　普通 2　当座 3　その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

指定口座○　公金口座○

銀行名□　支店名□　種目□　口座番号□　フリガナ□　名義人□ ▶ 本人□

福祉用具がこの申請のとおり購入され、利用されていることを確認しました。

確認日　年　月　日

事業所名　介護支援専門員等

（自署又は押印）

確認日□　事業所名□　自署押印□

市処理欄	受付者		生保	有・無	滞納等	無・有→（給付制限：有・無）	入院・入所	有・無
	領収書	□宛名／□領収金額(=A)／□領収日／□印紙（５万円以上）／□但書：特定福祉用具販売						
	同時申請中の用具	無・有（申請額　円）			**領収時点**負担割合	1割・2割・3割・4割		
	申請額（購入費用）A	支給限度額（領収日判定）B		給付対象額C（AorB安い方）		給付額D（C×（10割-負担割合）：切捨）		

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（裏面）

オモテ面の記載欄が不足する場合は、下記欄を用いるか内容を具備する別紙を添付してください。

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	購入金額	購入日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　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
(TAISコード　　　　)			円	年　月　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
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　　　)			円	年　月　日
合計金額			円	

種目名 □
商品名 □
指定番号 □
製造業者 □

販売業者 □ ▶ 領収証 □
金額 □
購入日 □ ▶ ８月か □
パンフ □