

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2	8	3	8	2	0	
		被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女							
住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 電話番号（ ） ー									
福祉用具商品名／製造事業者名 TAISコード		販売事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)		購入金額		購入日				
TAISコード（ ー ）		（ ）		円		年 月 日				
TAISコード（ ー ）		（ ）		円		年 月 日				
購入合計金額		円	支給申請（請求）額				円			
福祉用具が 必要な理由										
播磨町長様 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及び請求します。 なお、この申請に係る保険給付額は、下記の口座へ振り込んでください。 平成 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名										

【注意】 ・この申請書に、領収書及び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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

※受取を委任(被保険者と口座名義人が違う)する場合に記入してください。

氏名 _____ に上記申請(請求)金額の受領を委任します。
 被保険者名 _____

(町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円)	介護保険給付対象購入金額 (保険給付決定額)	円 ()		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット
	利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()			

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ	ハリマ タロウ		保険者番号			2	8	3	8	2	0		
被保険者氏名	播磨 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	昭和15年10月10日生		性別	男・女									
住所	〒675-0182 播磨町東本荘1丁目5番30号 電話番号(079)435-0355												
福祉用具商品名/製造事業者名 TAISコード	販売事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)		購入金額	購入日									
シャワーチェア/●●製造(株) TAISコード(12345-678910)	○×販売(株) (1234567)		20,000円	令和●年○月×日									
TAISコード(購入した福祉用具名福祉用具名、製造事業者名、TAISコード、販売した事業者名及び事業者番号を記入してください。											日	
購入合計金額	20,000円		支給申請(請求)額	18,000円									
福祉用具が必要な理由	購入した福祉用具が必要な理由について記入して下さい												
播磨町長様 上記のとおり関係書類を添付し、福祉用具購入費の支給を申請及び請求します。 なお、この申請に係る保険給付の申請は、令和●年○月○日 申請者 住所 播磨町東本荘1丁目5番30号 (被保険者) 氏名 播磨太郎 押印してください													

申請者は被保険者本人の名前を記入してください

申請書に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 「必要な理由」については、個々の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、裏面に記入してください。

口座振替 依頼欄	○×	銀行 信用金庫 農協	○×	本店 支店 出張所	種目	口座番号									
	金融機関コード	1	2	3	4	5	6	7	種目	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	ハリマ タロウ			1 普通預金										
	口座名義人	播磨 太郎			2 当座預金										
					3 その他										

※受取を委任(被保険者と口座名義人が違う)する場合に記入してください。

氏名 _____ に上記申請(請求)金額の受領を委任します。

被保険者名 _____ 印

以下は保険者が使用しますので記入は不要です。

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円)	介護保険給付対象購入金額 (保険給付決定額)	円 ()円		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット
		利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()		