

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

(受付印)

□ 太枠の中の各欄にご記入ください。

□ 裏面の注意事項・記入例をかならずお読みください。 【添付書類】 領収証・パンフレット

| | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------------------|--------------------------|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 000 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 個人番号 | |
| 住所 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 福祉用具種目（○をつけてください） | | 要介護度 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 |
| 商品名（品番まで詳しく） | | 認定有効期間 | ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ |
| 腰掛便座・特殊尿器・入浴補助・簡易浴槽・リフトり具・自動排泄処理装置部品 | | 販売事業者番号 | 購入金額（税は商品ごと） |
| | | 製造事業者名 | 購入日 |
| | | | 円 |
| | | | 年 月 日 |
| 腰掛便座・特殊尿器・入浴補助・簡易浴槽・リフトり具・自動排泄処理装置部品 | | | 円 |
| | | | 年 月 日 |
| 福祉用具が必要な理由 | | 合計金額 (税込額を記入してください) | 円 |

| | |
|--|--|
| 徳島市長様 上記のとおり添付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。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話 本人の面前で記入したものであり、内容に相違ありません。 代筆者氏名 (続柄) | (申請者名義以外の口座を指定する場合にのみ記入) 委任状 委任者(申請者)氏名 印 私は本申請による居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 委任者との続柄 () |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 提出者 (本人提出の場合は記入不要) □ 家族(続柄) () □ 居宅介護支援事業所 □ 地域包括支援センター □ その他 () 住所または所在地 氏名または名称 電話 | 口座振替依頼欄 ●上記の給付費を下記の口座に振込んで下さい。 銀行 本店 種目 信用金庫 支店 農協 支所 金融機関コード 店舗コード 1 普通 2 当座 □ 座番号 カナ 名義人 |
|--|--|

| 【 保 険 者 記 入 欄 】 | | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|---------|-------------------------------------|
| 支払予定額 | 既申請購入額 | 入力確認 | 入 力 | 審 査 |
| | | | 4 1 2 0 | |
| 提出者確認 | □ 介護支援専門員証 □ 運転免許証 □ その他 () | □ 介護保険被保険者証 | | 身分確認 □ 番号確認 □ 提出者確認 □ 本人確認 |
| 番号確認 | □ 個人番号カード □ 通知カード □ その他 () | | | 給付率 % 振込 月末 |

注意事項

- 販売事業所が県の指定事業所でない場合は保険給付できません。
- 申請書は購入月ごとに作成してください。

| | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| フリガナ | トクシマ タロウ | 保険者番号 | 0000000000 |
| 被保険者氏名 | 徳島 太郎 | 個人番号 | 0000000000 |
| 生年月日 | 購入日時点で有効な認定有効期間を記入してください。 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | | 要介護度 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 |
| 福祉用具種目(○をつけてください) | 商品ごとに消費税を含んだ額を記入してください。 | 認定有効期間 | RO・O・O ~ RO・O・O |
| 商品名(品番まで詳しく) | | 購入金額(税は商品ごと) | 購入日 |
| 腰掛便座・特殊尿器・入浴補助・簡易浴槽・リフトリ具・自動排泄処理 | △タイプ入浴用いす背付き | 名 | 円 |
| ポータブルトイレ○型 | | 名 | 円 |
| 腰掛便座・特殊尿器・入浴補助・簡易浴槽・リフトリ具・自動排泄処理装置部品 | △△△(有) | 平成 年 月 日 | 円 |
| 福祉用具が必要な理由 | 申請者以外の人 | 県の指定を受けている販売事業所 | を記入してください。 |
| 申請者以外の人 | 委任状を記入してください。 | (申請者名義以外の口座を指定する場合にのみ記入) | 委任状 |
| 令和 00 年 00 月 00 日 | 申請者 | 委任者(申請者)氏名 | 徳島 太郎 (徳島) |
| 住所 徳島市○○町○丁目○番地 | 氏名 徳島 太郎 (徳島) | 住所 | 徳島市○○町○丁目○番地 |
| 電話 | 本人の面前で記入したものであり、内容に相違ありません | 氏名 徳島 花子 | 委任者との続柄(妻) |
| 代筆者氏名 (続柄) | 提出者(本人提出の場合は記入不要です。) | 口座振替依頼欄 | ●上記の給付費を下記の口座に振込んで下さい。 |
| 口家族(続柄) | 口居宅介護支援事業所 口地域包括支援センター | 銀行 | 本店 |
| 口その他() | 住所または所在地 徳島市○○町○丁目○番地 | 口座番号 | カナ |
| | 居宅介護支援事業所○○○○ | 00000000 | トクシマ ハナコ |
| 氏名または名称 担当 ○○○○ | 電話 (000) 000-0000 | 名義人 | 徳島 花子 |

【添付書類】

- (1) 購入した用具のパンフレット(規格と製造元のわかるもの。コピー可)
- (2) 領収書(被保険者氏名・購入日・購入商品名の記入のあるもの)

【その他申請に必要なもの】

- (1) 介護保険被保険者証(コピー不可)
- (2) 提出者の身分証明書(介護支援専門員証等)
- (3) 被保険者の個人番号を証明する書類(個人番号カード等、コピー可) ※ただし個人番号を記載して申請する場合に限る。

※特別注文品の支給申請について

上記に加えて、①日付入りの写真、②領収書は材料費・加工・組み立て費等が記載されたもの、③設計図があれば設計図を、無い場合は規格を領収書に記載したものを添付してください。

この申請に関するお問い合わせは・・・

徳島市 介護保険課 給付係
電話 (088)621-5585