

# 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	/ / / 0 1 4 2 3 3
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 0 0
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	個人番号	
住 所 南幌町			
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
TAIS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
	TAIS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
	TAIS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
	TAIS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
(利用者支払額)	円		
南幌町長 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します。 年 月 日 住 所 南幌町			
申請者 被保険者本人氏名		印	電話番号

添付書類：領収証、福祉用具のパンフレット(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

## 支払方法 1. 口座(本人名義のみ) 2. 受領委任払い

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 当座預金					
				3 その他					
				( )					
フリガナ									
口座名義人									

( 町記入欄 )  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	受付印
---	-----