

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い用)

フリガナ				保険者番号				1	9	2	0	5	4
被保険者氏名				被保険者番号									
				個人番号									
生年月日				要介護度等									
認定有効期間	～												
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								
(TAISコード)				円	年 月 日								
福祉用具が 必要な理由	別紙「福祉用具が必要な理由」のとおり												
山梨市長 様 前のとおり、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 電話番号 申請者 (被保険者本人) 氏名 印													
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称												
	事業所種別												

注意 ・この申請書に添えて、領収証、福祉用具のパンフレット等、福祉用具サービス計画書、納品が確認できる写真(日付入り)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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	☐ 本人の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ですが、個人番号をご記入ください。 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 ※ご本人以外の口座で受取の場合は、委任状が必要となります。												
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目		口座番号								
口座振込 依頼欄	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											
	フリガナ												
	口座名義人												

【山梨市記入欄】 ----- 本人確認 ・ 代理権確認 ・ 番号確認

給付制限等	☐ 無 ☐ 有 ☐ 未納あり	負担割合等	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	☐ 生活保護	利用実績	☐ 新規 ☐ 追加
限度額残額①	円	申請対象額②	円	支給対象額③(①②どちらか小さい方)	円	
自己負担額④	円	円	円	支給額⑤(③-④の合計)	円	