

狭山市介護保険福祉用具購入費支給申請書

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--------|---------|---|-------|---------|---|---|---|
| フリガナ | | 保険者番号 | | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | | | | | | | | |
| 住所 | 〒350-13 | | | | | | | | |
| | 電話番号 () | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | 認定有効期間 | 年 月 日から | | | 年 月 日まで | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 販売事業者名 | 購入金額 | | | 領収日 | | | | |
| | | 円 | | | 年 月 日 | | | | |
| | | 円 | | | 年 月 日 | | | | |
| | | 円 | | | 年 月 日 | | | | |
| (宛先) 狭山市長 上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。 住 所 申請者 氏 名 | | | | | | | | | |
| 電話番号 () | | | | | | | | | |

【添付書類】

1. 領収書 (写し可) *被保険者の名義 (フルネーム) *複数購入の場合は内訳の記載が必要
2. 福祉用具のパンフレット等 *購入した商品・金額の根拠がわかるように
3. 福祉用具サービス計画書の写し (任意の様式で可) *ADL、ニーズ、選定理由の記載が必要
4. すのこ等オーダー品については寸法等が記載された内訳書

【口座振替依頼欄】 (初めて申請する方、又は、既に届けられた振込先に変更がある方のみご記入ください。)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|-----------------|--|----------|------|--|--|--|
| 振込先金融機関名 | | | | 支店名 | | 預金科目 | 口座番号 | | | |
| 銀行・JA 信用金庫 信用組合 | | | | 本店 支店 出張所 | | 普通 当座 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 預金名義人 | | | | | | | | | | |

<事務局記入欄>

| | | | | | | |
|------|----|----|---|--|------|----------|
| 購入履歴 | 回目 | 残額 | 円 | | 負担割合 | 1割・2割・3割 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|-------|--|----|----|-----|----|--|
| 保険給付対象額 | | 円 | | | 給付決定額 | | 円 | | 生保 | 制限 | |
| 決 裁 | 課長 | 主幹 | 主査 | 担当 | | | 確認 | 処理 | 受付印 | | |
| | | | | | | | | | | | |