

申請書の確認に影響が出ますので、様式の加工(セルの結合など)は行わないでください。

介護保険福祉用具購入費支給申請書(兼領収書)

令和6 年度分

被保険者 フリガナ 福岡 太郎 氏名 保険者番号 4 0 1 3 3 1 被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 本人の状況 在宅 入所(入院)中 必要な理由 下肢筋力低下に伴う立ち座り動作の負担を軽減するため 特定(介護予防)福祉用具販売事業者名 株式会社天神 特定(介護予防)福祉用具販売事業者番号 4 0 7 6 5 4 3 2 1 0 種目※ 商品名 製造事業者名 購入金額 購入日 1 OO補高便座 株式会社◆◆◆ 20,000 円 平成 6 年 4 月 1 日 3 シャワーチェア★★ □□□株式会社 14,000 円 平成 6 年 4 月 1 日 34,000 円 「令」を○で囲んでください。

該当する種目の番号を下記の1~9から選択し記入してください。購入商品が4つ以上ある場合は、2枚目をご使用ください。

※種目には次の番号を記載(1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. スロープ 8. 歩行器 9. 歩行補助つえ)

上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。

令和6年4月1日

(あて先)

福岡市 中央 区長申請者 住所 福岡市 中央 区 天神1丁目8番1号

氏名 福岡 太郎

日中の連絡先 (電話) 092-●●●-▲▲▲▲

4桁の金融機関(銀行)コードと3桁の店舗(支店)コードを記載してください。

の横の口に✓をしてください。

1. 本人口座への振込を希望する。(公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。)

振込 金融機関コード 1 2 3 4 店舗コード 5 6 7 口座番号 0 0 1 2 3 4 5 金融機関名 博多 銀行 農協 金庫・組合 店舗名 天神 本店 支店 当座 福岡 太郎

本人の公金受取口座への振込を希望する場合は、注意事項を確認してください。

2. 本人の公金受取口座への振込を希望する。

※公金受取口座への振込を希望する場合のみ、個人番号を記入してください。

個人番号

<公金受取口座への振込を希望する場合の注意事項>

- ・事前にマイナポータルから公金受取口座の登録が必要です。
・本申請書提出後に公金受取口座の変更・抹消を行った場合、変更・抹消前の公金受取口座に振込むことがあります。
・番号確認書類(マイナンバーカード、通知カード等)と身元確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)が必要です。
ただし、番号確認書類としてマイナンバーカードを提出した場合、身元確認書類は不要です。
※身元確認書類は、公的機関が発行した顔写真付きの公的な書類であれば1点、顔写真のない公的な書類であれば2点必要です。
※郵送での申請の場合、番号確認書類と身元確認書類の写しを同封してください。
・被保険者本人名義の公金受取口座のみ利用できます。(相続人や代理人名義の口座は利用できません)

3. 区福祉・介護保険課窓口での受け取りを希望する。

(口座等が無く、やむを得ず区役所で現金での受取を希望される方。必ず、事前にお住いの区の福祉・介護保険課へご相談ください。)

下記の支給額を受領しました。

令和 年 月 日

住所 福岡市 区

(あて先)

資金前渡者

氏名

保険者処理欄

受付年月日 給付制限 【企・支】( ) 事業者指定状況

~介護保険を利用して福祉用具を購入したことがある方へ~

過去の支給実績が下記の場合、福祉用具購入費を支給できない場合がありますので、購入前に確認しておくことをおすすめします。

- 年度の支給限度額(10万円)を超過している、または残額不足である。
○今回購入予定の商品が、以前に介護保険を利用して購入したものと同種である。

番号カード提示

有・無

認

健康保険被保険者証

番号確認書類提示

有・無

書

後期高齢者医療被保険者証

個人番号システム確認済

確認済み

類

その他( )

※太枠欄のみ記入してください。 ※振込先口座は、申請者名義の口座を記入してください。