

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

下記のとおり、関係書類を添えて福祉用具
購入費の支給を申請します。
年 月 日
(あて先) 山形市長

金額										円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

住所
(フリガナ)

氏名 印

電話番号 ()

被保険者との関係

金融機関名	銀行 金庫 組合																				
	店																				
普通																					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します(口座記入不要) ※利用する場合はマイナンバーを下記にご記入下さい <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度			要支援 1・2		
被保険者住所	要介護 1・2・3・4・5									
負担割合	割 期間(年 月 日 ~ 年 月 日)									
福祉用具名等	販売及び製造事業者名					※山形市記入欄				
種目 ()	販売 ()		購入金額			円		支給決定額		
商品名 ()	製造 ()		年 月 日			円		円		
種目 ()	販売 ()		購入金額			円		支給決定額		
商品名 ()	製造 ()		年 月 日			円		円		
種目 ()	販売 ()		購入金額			円		支給決定額		
商品名 ()	製造 ()		年 月 日			円		円		
福祉用具が必要な理由等										専門相談員確認欄 氏名
届出人	住所 氏名 電話番号 () 被保険者との関係()									
※山形市記入欄	<input type="checkbox"/> 未納保険料 有・無 <input type="checkbox"/> 今年度支給済額 () 円 <input type="checkbox"/> 給付制限 () <input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)支援事業所届 有・無									

留意事項

- 介護保険法第23条に基づき、山形市が必要と認めるときは、訪問調査を実施します。
- 申請者は、本人(被保険者)に限ります。被保険者以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。
- 申請に際しては、①領収書 ②購入した福祉用具のパフレット等 ③申請者の印鑑が必要です。
- 「福祉用具が必要な理由等」については、個々の用具ごと記入してください。過去に購入したものと同一種目の福祉用具を購入された場合は、その理由を具体的に記入してください。
- 介護サービス計画が作成されていない場合は、指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員による「福祉用具が必要な理由等」の記載内容の確認と所定欄への記名が必要です。
- 保険料の滞納により、保険給付の一時差止等を受けている方には、福祉用具購入費は支給されない場合があります。
- 公金受取口座をご利用される場合は、マイナポータル等にて口座情報をご登録いただく必要があります。なお、申請受付日時点でご登録のある口座にお振込みいたしますので、口座の変更や登録抹消を行った場合は、山形市介護保険課にご連絡ください。