

福祉用具購入費支給申請書記入例

償還払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に費用の全額を支払い、その後、保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市が被保険者様に支払う方法です。

受領委任払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)の受領を委任をして、被保険者様は負担割合に応じた費用(1割～4割)を事業者に支払い、事業者が保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市から受領する方法です。

※ 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、ご確認ください。

※ 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用を促していただかないと受付ができません。

※ **消えるボールペンでの記入は受け付けできません。**
後に発覚した場合には、再提出をしていただきます。

ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。

※ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合があります。

第51号様式

介護保険居宅介護(介護予)

個人番号を記載するとき
 1.被保険者本人の個人番号通知カード
 2.個人番号カード
 3.1か2の写し
 上記のいずれかが必要になります。

フリガナ	ザマ タロウ		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
被保険者氏名	座間 太郎		性別	男・女												
生年月日	明・大	昭	△年△月△日生													
住所	座間市緑ヶ丘1-1-										電話番号 046-255-1111					
特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日											
腰掛便座 家具調トイレ(座楽)	△□○株式会社 株式会社 座間介護設備		56,000 円		△△ 年○月×日 △△ 年○月×日											
入浴補助具 △□浴槽手すり	○□株式会社 株式会社 座間介護設備		15,000 円		△△ 年○月□日 △△ 年○月□日											
負担割合・被保険者証を確認し、記入してください。			年 月 日 年 月 日													
負担割合	(1) 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください															
福祉用具が 必要な理由	① 品目1の必要理由 ② 品目2の必要理由															
記入者:	神奈川 太郎					資格:福祉用具専門相談員										
(宛先)座間市長 上記のとおり、関係書	申請日は必ず記入してください。 祉用具購入費の支給を申請します。															
△△年○月×日	必ず被保険者の印鑑を押印してください。															
住所	座間市緑ヶ丘1-1-1															
申請者 氏名	座間 太郎 被保険者名を記入してください。 (座間)															
電話番号	046-255-1111															
注意 この申請につ この申請書に ・カタログの写 ・受領委任状(※ ・領収書原本(※ ・特定福祉用具 ※居宅介護(※ ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙)及びその他	償還払いの場合は、ご利用者様又は ご家族様の口座をご記入ください。(※ご家族様の口座の場合は、被保険者様との関 係をカッコ書きで記入をお願いします。) 受領委任の場合は、特定(介護予防)福祉用具販売事業者様の口座をご記入ください。															
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込																
口座振込 依頼欄	座間		銀行		本店		口座番号(右づめで記入)									
	座間		信用金庫		座間		支店		6	6	6	6	6	6	6	
	座間		信用組合		支店		出張所		6	6	6	6	6	6	6	
金融機関コード		7 7 7 7		支店コード		8 8 8		種目	1 普通預金		2 当座預金					
フリガナ	カブシキガイシャザマカゴセツ															
口座名義人	株式会社 座間介護設備															
特定(介護予防)福祉用具販売事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0						

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

委任状

被保険者の情報

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の申請に関する権限を下記の者に委任します。

被保険者以外の方が窓口提出する⇒この様式が必要です。
この様式は、事業所に申請を委任するときに必要です。

受任者 住所 座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号

事業者名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

電話番号 046-△△△-△△△△

受任者様の情報

印

社判を押印してください。

被保険者の情報

委任状

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
申請に関する権限を下記の者に委任します。

被保険者以外の方が窓口提出する⇒この様式が必要です。
この様式は、ご家族様や個人に委任するときに必要です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏名 向日葵 一郎

向日葵

電話番号 046-XXXX-XXXX

受任者の情報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

委任状

被保険者の情報

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

福祉用具販売事業者が座間市から住宅改修費の6~9割を受領する
⇒この様式が必要です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

福祉用具販売事業者の情報

事業者名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

印

電話番号 046-△△△-△△△△

社判又は、社判・代表者印
どちらも押印してください。