

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カイト タロウ		保険者番号	1	4	2	1	6	6	
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0	0	0	9	9	9	
			個人番号							
生年月日	大	昭	11年11月11日生	性別	男	女				
住所	座間市 緑ヶ丘1-1-1		電話番号 046-255-1111							
	種目名	製造事業者名	購入金額	購入日						
商品名	販売事業者名			領収日						
腰掛便座	△□○株式会社	56,000 円	△△年○月×日							
家具調トイレ(座楽)	株式会社 座間介護設備		△△年○月×日							
入浴補助具	○×株式会社	15,000 円	△△年○月×日							
△□浴槽手すり	株式会社 座間介護設備		△△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	※選択制の対象となる福祉用具の場合、貸与ではなく販売に至った理由も記入してください。									
	①品目1の必要理由 ②品目2の必要理由									
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス計画書の交付を受け、居宅サービス計画に基づきサービスを提供いたしました。 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス計画書が作成されていない(担当介護支援専門員等がない)ことを確認しました。									
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、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。									
申請者	△△年○月×日		住所 座間市 緑ヶ丘1-1-1							
氏名(自署)	介護 太郎		続柄 (長女)							
電話番号	046-255-1111									
注意 この申請について、個人番号を使用する際の照会・調査を行うことがあります。 この申請書に、次の書類を添付してください。 ・カタログの写し(すのこを購入した場合は、図面及び見積書の添付も必要となります) ・領収書原本(被保険者名義) → ※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛) ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙1及びその他必要書類										
口座振込依頼欄	銀行名	座間銀行	支店名	座間支店	口座番号(右つめて記入)					
	金融機関コード	7 7 7 7	支店コード	8 8 8	6	6	6	6	6	6
	フリガナ	カ サマカイト セツビ		種目	1 普通預金		2 当座預金			
口座名義人	株式会社 座間介護設備		続柄(償還払いの場合)							
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										

カタログにTAISコードの記載がない場合、商品名のほかに、型番と色を記入してください。

負担割合証を確認し、記入してください。

本人がサインした日付を、記入してください。 ※窓口で申請した日付と相違があっても受付可能です。

被保険者名を記入してください。

個人番号を記載する場合は、被保険者本人の個人番号通知カード又は個人番号カードか、それぞれの写しが必要になります。 ※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。

・固定用スロープ  
・歩行器(歩行車を除く)  
・単点杖(松葉つえを除く)  
・多点杖  
を  
購入した場合は、貸与ではなく販売に至った理由も記入してください。

どちらかにチェック

居宅介護(介護予防)サービス計画書に基づき、サービスを提供する必要があります。必ず確認をしてください。 計画書にない購入であった場合には、給付の対象外となります。

家族が代筆した場合、続柄を記入してください。

償還払いの場合は、被保険者又は被保険者の家族の口座をご記入ください。

受領委任の場合は、受任者(特定(介護予防)福祉用具販売事業者)の口座をご記入ください。

償還払いの場合のみ、続柄を記入してください。 本人口座の場合は、「本人」と記載してください。

※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。  
※支給申請又は給付費の受領を委任する場合は、裏面の委任状を作成してください。

(裏面)

委任状		
△△年 ○月 ×日		
委任者 (被保険者)	住所	座間市 緑ヶ丘1-1-1
	氏名 (自署)	介護 太郎
		代筆者 介護 花子 (長女) <small>続柄</small>
介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の 委任する行為にチェックを、 してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 支給申請を本人に代わって行う権限 <input checked="" type="checkbox"/> 支給される給付費の受領に関する権限(受領委任払い) について次の者に委任します。		
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	向日美 一郎
	電話番号	046-△△△-△△△△

委任状を作成した日付を、記入してください。

家族が代筆した場合、続柄を記入してください。

委任する行為にチェックを、  
してください。

受領委任払いの場合は、受任者の住所に決定通知書を送付します。

委任状は、  
・窓口へ提出される方が被保険者本人以外の場合  
・受領委任払いの場合  
に必要です。