

福祉用具購入費支給申請書記入例

福祉用具購入費支給申請書の記入例です。
ご不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

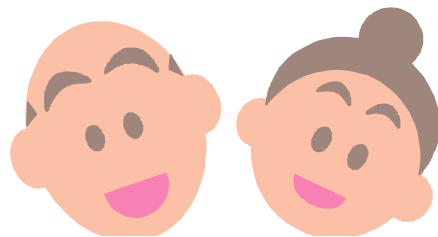
償還払いとは

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)を事業者を支払い、
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、
今一度ご確認の上、介護保険課の窓口にお越しください。
- ※ 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、
正しい利用をして頂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、再提出をして頂きます。
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。
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のでよろしくお願いします。



介護保険居宅介護(介護)

支給申請書

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。

フリガナ	ザマ 夕	個人番号	1 4 2 1 6 6
被保険者氏名	座間 太郎	個人番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9
生年月日	明 大 昭 2 年 2 月	性別	男 女
住所	座間市緑ヶ丘1-1-1		電話番号 046-255-1111
特定(介護予防)福祉用具名	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
(種目名及び商品名)			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	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	申請日は必ず記入してください。		
上記のとおり、関係書	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		
電話番号	046-255-1111		
注意	この申請について この申請書に ・カタログの写真 ・受領委任状(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。) ・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		
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	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。		
口座振込依頼欄	銀行	本店	口座番号(右づめで記入)
	座間 信用金庫 信用組合 農業協同組合	座間 支店 出張所	6 6 6 6 6 6 6
	金融機関コード	支店コード	種目
	7 7 7 7	8 8 8	1 普通預金
フリガナ	カブシキガイシャ サマカイゴセツ		
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。

被
保
険
者
様
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

申請の委任状は窓口で提出される方が被保者様ご本人様以外の場合に必要となります。事業所に申請を委任する場合は、この様式を使用してください。

△△年 ○月 ×日

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・代表者印どちらか又は、
どちらも押印してください。

被
保
険
者
様
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

申請の委任状は窓口へ提出される方が被保者様ご本人様以外の場合に必要となります。ご家族様が提出される場合や、事業所ではなく、個人に委任する場合は、この様式を使用してください。

申請に関する権限を下記の者に委任します。

△△年 ○月 ×日

受
任
者
様
の
情
報

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

向日葵

※ 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

被保険者様の情報

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。

△△年 ○月 ×日

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-△△△-△△△△

印

社判・代表者印どちらか又は、どちらも押印してください。

福祉用具販売事業者様の情報

(平成30年12月改正)