

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ											被保険者番号														
被保険者氏名											生年月日	年	月	日生											
住所	〒										電話番号														
福祉用具名 (種目名及び商品名)										製造事業者名					購入金額 <small>※商品自体の販売価格を記入願います</small>					購入日					
															円					年 月 日					
															円					年 月 日					
															円					年 月 日					
支払方法	償還払 ・ 受領委任払										受領委任払の場合の領収額										円				
販売事業者名											事業所番号														
福祉用具が必要な理由																									
和泉市長あて 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名																									

- ・この申請書に、領収証、福祉用具のパンフレットを添付して下さい。
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
- ・指定特定福祉用具販売事業者で購入された場合のみ支給対象となります。
- ・給付制限を受けている場合は受領委任払はできません。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

◎振込口座が本人名義でない場合は、下欄の受領委任欄に記入して下さい。

振込 口座 記入欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			預金種目	口座番号					フリガナ								
	金融機関コード			店舗コード										口座 名義人							
													1 普通								
													2 当座								
													3 その他								
													()								
受領 委任欄	受任者 住所 (口座名義人) 氏名																				
	又は 名称・代表者名 電話番号																				
上記の者に私が支給申請した介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領を委任します。																					
申請者 住所 (被保険者) 氏名																					

※法人又は個人事業主の方は、社名・代表者名を記入してください。

【委任欄】

わたしは、上記販売事業者または介護支援専門員を代理人と定め、介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請に関する手続及び問合せについて、委任します。

被保険者

※申請者(被保険者)が自署しない場合は、記名押印をしてください。

市記入欄

要介護状態区分	支給額	支給限度額内給付済額
要支援 ・ 要介護	円	無 ・ 有 (給付残額 円)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

記入例

フリガナ	イズミ タロウ	被保険者番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
被保険者氏名	和泉 太郎	生年月日	○年 ○○月 ○○日生										
住所	〒594-8501 和泉市府中町二丁目7番5号												
		電話番号	0725-41-1551										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額 <small>※商品自体の販売価格を記入願います</small>	購入日										
入浴補助用具(入浴用いす・○○)	○○製作所	20,000 円	△年 △月 △日										
腰掛便座 (補高便座・○○)	○○製作所	50,000 円	△年 △月 △日										
		円	年 月 日										
支払方法	償還払 ・ 受領委任払	受領委任払の場合の領収額										7,000 円	
販売事業者名	和泉介護用品センター	事業所番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
福祉用具が必要な理由	下肢筋力低下のため入浴中の立ち座りが困難で転倒の危険性が高い。座位を保持し介助者の負担を軽減するためにも入浴用いすが必要。また、既存のトイレでは便座の高さが低く、立ち座りの際に危険があるため補高便座を購入し安楽に排泄を行う。												
和泉市長あて 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 △年 △月 △日 申請者 住所 和泉市府中町二丁目7番5号 (被保険者) 氏名 和泉 太郎													

- ・ この申請書に、領収証、福祉用具のパンフレットを添付して下さい。
- ・ 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
- ・ 指定特定福祉用具販売事業者で購入された場合のみ支給対象となります。
- ・ 給付制限を受けている場合は受領委任払はできません。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

◎振込口座が本人名義でない場合は、下欄の受領委任欄に記入して下さい。

振込 口座 記入欄	和泉 <small>銀行 農協 信用金庫 信用組合</small>	和 <small>本店 支店 出張所</small>	預金種目	口座番号						フリガナ	カロマンイズミ	
	金融機関コード	店舗コード	①普通 2 当座 3 その他 ()	0	1	2	3	4	5	6	口座 名義人	株式会社 ロマンイズミ
受領 委任欄	受任者 住所 和泉市いぶき野五丁目4番7号 (口座名義人) 氏名 株式会社 ロマンイズミ 和泉介護用品センター 又は 名称・代表者名 代表取締役 古代 ろまん 電話番号 0725-57-6610 上記の者に私が支給申請した介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領を委任します。 申請者 住所 和泉市府中町二丁目7番5号 (被保険者) 氏名 和泉 太郎											

※法人又は個人事業主の方は、社名・代表者名を記入してください。

【委任欄】

わたしは、上記販売事業者または介護支援専門員を代理人と定め、介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請に関する手続及び問合せについて、委任します。

被保険者 和泉 太郎

※申請者(被保険者)が自署しない場合は、記名押印をしてください。

市記入欄

要介護状態区分	支給額	支給限度額内給付済額
要支援 ・ 要介護	円	無 ・ 有 (給付残額 円)