

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名	マエシ タロウ <b>前橋 太郎</b>	被保険者番号	0001234567			
生年月日	昭和元年 1月 1日生	個人番号	0000 0000 0000 0000			
認定有効期間	令和4年1月1日 ~ 令和5年12月31日		申請時の状況	① 在宅 2 入所・入院中		
福祉用具名 (種目名及び商品名、品目名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入 (消費税率)	購入日時点での介護度及び認定有効期間を記入してください。			
腰掛便座 ポータブルトイレ	(株) ○○○ (株) ×××	30,000円	○○年○○月○○日			
入浴補助用具 浴槽台	(株) △△△ (株) ×××	20,000円	○○年○○月○○日			
複数購入する場合は、福祉用具が必要な理由をそれぞれ記入してください。		購入した福祉用具の価格（10割）を消費税込みで記入してください。		購入日＝領収日		
福祉用具が必要な理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加齢による筋力低下のため、立ち上がりと歩行が不安定であり、失禁状態が続いているため、ポータブルトイレを購入することにより、排泄の自立と安全を確保し、失禁状態の改善を図る。</li> <li>・自宅の浴槽が深く跨ぎ動作が困難なため、浴槽台を購入することにより、跨ぎ動作の負担を軽減し、安全に入浴できるようにする。</li> </ul>					
(あて先) 前橋市長		提出日を記入	○○年○○月○○日			
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。また、この申請に関して現地確認の必要が生じた場合には、調査に応じます。						
事業所番号	1000000000					
所在地	前橋市○○町○丁目○○番地					
申請者 (受領委任事業者)	事業者名	○○○株式会社				
	代表者職・氏名	代表取締役	○○	電話番号	027-000-0000	
	担当者氏名	○○	○○	電話番号	090-0000-0000	
代表者と担当者が同一の場合でもそれぞれ氏名・電話番号を記入してください。		(購入日以前)				
前橋市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払要綱の規定		委任をした日を記入 (購入日以前の日付)				
委任者 (被保険者)	住所	前橋市大手町二丁目12番1号			電話番号	027-000-0000
	氏名	前橋 太郎				

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

電話番号をお持ちでない方は、代わりに印鑑を押してください。

金融機関名	支店名	種目	口座番号	口座名義人
介護 銀行 信用金庫 信用組合 農協	介護 本店 支店 支所 出張所	普通	フリガナ	〇〇〇〇株式会社
0 0 0 0	0 0 0	当座	口座番号	〇〇〇〇株式会社

受領委任事業者の口座を記入してください。

0.	=	円	福祉用具の実績
入欄	不支給理由	( )	

注1 保険対象となるのは、県の指定を受けた指定特定（介護予防）福祉用具販売事業所での購入に限ります。  
 注2 この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。  
 注3 「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ください。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。