介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

申請年月日　　　　　年　　月　　日

（宛先）さいたま市長

　特定（介護予防）福祉用具販売計画の内容について説明を受け、同意したので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | 個人番号 | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | 性　別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | | | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具種目 | | 福祉用具商品名 | | | | | 製造事業者名及び販売事業者名 | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額合計 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込依頼書　□　償還払い（被保険者名義の口座を記入）　□　受領委任払い（口座情報は記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | 本店・支店名 | | | | 口座種別 | | | | | | 金融機関コード | | | | | | | | | | | | | | | | | 支店コード | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | □ 普通預金  □ 当座預金  □ その他 | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | 口座番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人（被保険者） | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | □被保険者（「被保険者」の場合は、以下の記入は不要）  □代理人（申請者欄を記入し、当該申請に関する権限を被保険者から委任されたことがわかる書類を添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　 名  （事業所名） | |  | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 被保険者との関係 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所  （所在地） | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電 話 番 号 | | | | | | | | | （ 　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意１　「福祉用具が必要な理由」欄は、特定福祉用具販売計画を添付することで、記入は不要です。

２　この申請書の他に、被保険者名義の領収証及び特定福祉用具のパンフレット等を添付してください。

３　受領委任払いによる申請には、福祉用具購入費の代理受領に係る委任状が必要です。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 |  | 個人番号確認 |  | 受付者 | 受付印 |
| 要介護・要支援状態区分 |  | 支給対象購入金額 | 円 |
| 自己負担割合 | 割 | 保険請求額 | 円 |
| 支払方法 | □　償還払い  □　受領委任払い | 自己負担額 | 円 |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

記入例

申請年月日　　　　　年　　月　　日

（宛先）さいたま市長

介護保険被保険者証に記載されている番号を

ご記入ください。

　特定（介護予防）福祉用具販売計画の内容について説明を受け、同意したので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | **サイタマ　タロウ** | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| 被保険者氏名 | | | | **さいたま　太郎** | | | | 個人番号  通知カード又はマイナンバーカードに記載されている  12桁の番号をご記入ください。 | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | 性　別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | 〒**３３０－○○○○　　さいたま市○○区○○町○－○－○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | | | | **０４８**（**○○○**）**○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具種目 | | 福祉用具商品名 | | | | | 製造事業者名及び販売事業者名 | | | | | 購入金額 | | | | | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **入浴補助用具** | | **シャワーチェア○○○○** | | | | | **○○製造株式会社　○○販売店　○○支店** | | | | | **○○，○○○**円 | | | | | | | | | | | | | **平成○**年**○**月**○**日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **腰掛便座**  購入した特定（介護予防）福祉用具の種目（入浴補助用具等）、商品名、製造事業者、販売事業者、購入金額、購入日をそれぞれご記入ください。 | | **ポータブルトイレ○○○** | | | | | **株式会社○○　○○店** | | | | | **○，○○○**円 | | | | | | | | | | | | | **平成○**年**○**月**○**日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額合計  特定（介護予防）福祉用具が必要な理由及び指定特定（介護予防）福祉用具販売事業所での福祉用具専門相談員の助言等を交えて、具体的にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込依頼書　□　償還払い（被保険者名義の口座を記入）　□　受領委任払い（口座情報は記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | 本店・支店名 | | | | 口座種別 | | | | | | 金融機関コード | | | | | | | | | | | | | | | | | 支店コード | | | | | | | | |
| 償還払いの場合のみご記入ください。  ※受領委任払いの場合は「代理受領委任状」が必要になります。 | | | | | |  | | | | □ 普通預金  □ 当座預金  □ その他 | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | 口座番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人（被保険者） | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | □被保険者（「被保険者」の場合は、以下の記入は不要）  □代理人（申請者欄を記入し、当該申請に関する権限を被保険者から委任されたことがわかる書類を添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　 名  （事業所名） | | **○○居宅介護支援事業所**  **さいたま　花子** | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 被保険者との関係 | | | | | | | | | **担当ケアマネジャー** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所  （所在地） | | 〒○○○‐○○○○  ※事業所所在地を記載する場合は社員証の提示が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電 話 番 号 | | | | | | | | | （ 　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意１　「福祉用具が必要な理由」欄は、特定福祉用具販売計画を添付することで、記入は不要です。

被保険者本人が申請する場合は被保険者にチェックを入れ、他の箇所の記入は不要です。

申請の委任を受けた代理人（家族、介護保険事業者等）が申請する場合は、「被保険者との関係」もご記入いただき、申請について委任されたことがわかる書類（委任状等）を添付ください。

なお、介護保険事業者等は事業所番号も忘れずにご記入ください。

２　この申請書の他に、被保険者名義の領収証及び特定福祉用具のパンフレット等を添付してください。

３　受領委任払いによる申請には、福祉用具購入費の代理受領に係る委任状が必要です。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 |  | 個人番号確認 |  | 受付者 | 受付印 |
| 要介護・要支援状態区分 |  | 支給対象購入金額 | 円 |
| 自己負担割合 | 割 | 保険請求額 | 円 |
| 支払方法 | □　償還払い  □　受領委任払い | 自己負担額 | 円 |