様式第６号（第７条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 保険者番号 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | |
| 被保険者番号 |  | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 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 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  　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。また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の者に委任し、あわせて、受領委任払いに係る保険給付費について受任者に通知することに同意します。  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住　所  電話番号  　　申請者  氏　名 | | | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  　上記申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を上記申請者から委任を受ける事に同意します。なお、支給に当たっては、登録口座に振り込んでください。  年　　　月　　　日  　　　　　　所 在 地  電話番号  　　受任者　名　　称  代表者名 | | | | | | | | | | | | | |

（注）

　　１　この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

　　２　「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、裏面に記載してください。

様式第６号（第７条関係）

記載例

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | ふくろい　はなこ | | | 保険者番号 |  | | ２ | ２ | ２ | １ | ６ | ６ |
| 被保険者氏名 | | 袋井　花子 | | |
| 被保険者番号 | 0123456789 | | | | | | | |
| 個人番号 | 次ページ記載 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和○年　　○月　　○日 | | |
| 住所 | | 〒437-0000  袋井市新屋○丁目○番地　　　　　電話番号　0538-00-0000 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | | | 購入日 | | | | | | |
| 浴槽用手すり  ○○○○ | | | 袋井介護保険株式会社  　○○製造会社 | 10,000　円 | | | 令和 ○年　○月　○日 | | | | | | |
|  | | |  | 円  **１０割負担**の金額を記入してください | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | |  | 円 | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | 歩行が不安定のためいつも家具や手すりにつかまりながら移動している。入浴時の転倒防止のため浴槽用手すりが必要。 | | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  担当ケアマネジャーが記入して下さい  　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、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の者に委任し、あわせて、受領委任払いに係る保険給付費について受任者に通知することに同意します。  　　　　令和　00年　　00月　　00日  　　　　　　住　所　袋井市新屋○丁目○番地  電話番号　0538-00-0000  　　申請者  氏　名　袋井　花子 | | | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  　上記申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を上記申請者から委任を受ける事に同意します。なお、支給に当たっては、登録口座に振り込んでください。  同意した日(購入日)を記入して下さい  令和00年　　00月　　00日  　　　　　　所 在 地　袋井市新屋１丁目１番地の１  電話番号　0538-44-3152  　　受任者　名　　称　袋井介護保険株式会社  代表者名　静岡　太郎 | | | | | | | | | | | | | |

（注）

押印は不要です

　　１　この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

　　２　「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、裏面に記載してください。

※個人番号の記載がなくても申請は受け付けます。

個人番号を記入されなかった場合は、上記書類の添付は不要です。

（２）本人の身元が確認できるものの写し

①顔写真付きのもの１点

・運転免許証

・個人番号カード

・身体障害者手帳 　　等

② ①の書類の提示が困難な場合は以下の書類を２点

・介護保険被保険者証

・負担割合証

・年金手帳

・後期高齢者医療被保険者証　等

（１）　本人の個人番号が確認できるものの写し

・通知カード

・個人番号カード

・個人番号が記載された住民票の写し　等

個人番号を記入された場合、以下の２点の写しを同封してください