

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							
生年月日	年 月 日	個人番号							
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									
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名</p>									
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>受任者 名称 電話番号</p> <p>代表者名</p>									

（注）

- この申請書の裏面に、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。
- 「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。

# 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	<b>袋井 花子</b>	被保険者番号	0123456789
生年月日	昭和○年 ○月 ○日	個人番号	次ページ記載
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
10割負担の金額を記入してください			
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 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 す。また、当該申請に基づく給付費の受領に関 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。		担当ケアマネジャーが記入して下さい	
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		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)

- 1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具の押印は不要です 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 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

(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

(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

※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。