

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

（宛先）札幌市 中央 区長

記入例

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ	カゴ タロウ	申請年月日	令和 6 年 5 月 1 日
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
生年月日	明・大・昭 2 年 1 月 2 日	性別	男・女
被保険者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号 211-2547		
申請者氏名	※被保険者本人の場合は記入不要 株式会社 福祉	本人との関係	販売事業者
申請者住所	〒 060-0001 札幌市中央区北1条西3丁目	被保険者本人以外の方(家族、事業所)が申請する場合には、記入をお願いします。 被保険者本人が死亡されている場合は、代表相続人指定届を添	
費目	● 居宅介護福祉用具購入費		
福祉用具が必要な理由	・ 特定（介護予防）福祉用具販売計画添付 (有・無) ・ 居宅（介護予防）サービス計画添付 (有・無) ※上記のいずれかを添付してください。当該計画で福祉用具の必要な理由が不足する場合のみ、下記に必要な理由を記載してください。 (必要な理由： _____)		

福祉用具名（種目及び商品名）		購入金額	購入日（領収日）
入浴用いす（シャワーチェア-O型）		52,500 円	令和 6 年 5 月 1 日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
販売事業者名及び事業所番号	株式会社 福祉 札幌支店	購入金額合計	負担割合
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	52,500 円 5,250 円	※領収日の属する月 1 2 3 4) 割

注意：

- 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。
- 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。
- 枠内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。

委任確認欄	委任者	住所 札幌市中央区北1条西2丁目	介 護
令和 6 年 5 月 1 日	氏名 介護 太郎		
私は、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を以下の者に委任します。			
	受任者	住所 札幌市中央区北1条西3丁目	株 社 福 祉 札 幌 支 店 支 店 長 乃 印
	氏名 株)福祉 札幌支店 支店長 福祉 二郎		

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄 ※1 委任状欄の受任者と口座名義人は同一となります。 ※2 事前にご提出いただいた口座指定・変更届と同一の口座を記入してください。	介護	銀行	本店	口座種目	口座番号
	福祉	信用金庫	支店		
	金融機関コード	信用組合	出張所	普通	1 2 3 4 5 6 7
	9 9 9 9			2. 当座	
	フリガナ	カゴ タロウ	サボ ロジテシヤョウ	3. その他	
口座名義人氏名	株)福祉 札幌支店 支店長 福祉 二郎				
名義人住所	札幌市中央区北1条西3丁目				

・「利用者負担額」は、「購入金額」が支給限度基準額（同一年度内で10万円）以下の場合、当該金額に介護保険負担割合に記載されている負担割合（1割であれば0.1、2割であれば0.2、3割であれば0.3）を乗じて得た額（1円未満の端数切り上げ）を記入してください。ただし、介護保険被保険者証に給付制限（給付額減額）の記載がある場合の負担割合は3割（元々の負担割合が3割の方は4割）となります。なお、「購入金額」が支給限度基準額（同一年度内で10万円）以上の場合や、同一年度内に福祉用具の購入を行っている場合は、「利用者負担額」の計算が異なります。ご不明点がありましたら、お問合せください。

区役所記入欄

区分	保険給付差止	領収証	パンフレット等	備考
1. 負担割合 1割	有・無			
2. 負担割合 2割				
3. 負担割合 3割				
4. 給付額減額 3・4割				