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）

（あて先）
札幌市　　区長

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		申請年月日	令和　年　月　日
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別	男・女
被保険者住所	〒 電話番号		
申請者氏名	※被保険者本人の場合は記入不要	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

費目	・居宅介護福祉用具購入費　　・介護予防福祉用具購入費
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）	販売事業者名及び事業所番号	購入金額	購入日（領収日）
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
合計		購入金額 利用者負担額	負担割合 ※領収日の属する月
		円 円	（1・2・3・4）割

注意：
・この申請書に、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。
・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。
・「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証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。ご不明な点がありましたら、お問合せください。

区役所記入欄

区分	支払方法変更	領収証	備考
1.負担割合　1割			
2.負担割合　2割	保険給付差止	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ等	
3.負担割合　3割	有・無		
4.給付額減額 3・4割			□個人番号確認