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　　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）		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
販売事業者名 及び事業所番号		購入金額合計 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。

委任確認欄		
令和　　年　　月　　日	委任者	住所 氏名　　印

私は、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領及び復代理人の選任を以下の者に委任します。

受任者	住所 氏名　　印

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				
※ 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。 ※ 受任者と口座名義人が異なる場合は、復代理人を選任する委任状が必要です。	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人氏名			
	名義人住所			

・「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	ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ等	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				