

記入例

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	アイツ タロウ	保険者番号	0	7	2	0	2	5				
被保険者氏名	会津 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	昭和2年 3月 4日生	性別	(男)・女									
住所	介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。 会津若松市中央九丁目9番9号											
		電話番号	( 99 ) 9999									
福祉用具名 (項目名及び商品名)	製造事業者名 事業者名	購入金額	購入日は領収書に記載された日付となります。									
腰掛便座	〇〇工業(株)	17,850 円	〇 年 〇 月 〇 日									
〇〇ポータブルトイレ	〇〇福祉販売(株)											
入浴補助用具	(株)〇〇化学	9,450 円	〇 年 〇 月 〇 日									
〇〇浴槽手すり	〇〇福祉販売(株)											
		円	年 月 日									

福祉用具必要な理由 ※別紙を添付しない場合の「別紙参照」はだめです。  
利用者本人の身体機能や生活動作の困難な点にふれたうえで、その用具の選理由や効果について購入品目ごとにわかるよう記入してください。書ききれないときは、別紙を添付してください。

会津若松市長 支給申請ができるのは、要介護度の認定日、退院・退所日以降の年月日となります。

上記のとおり関係して添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

〇年 〇月 〇日

住所 会津若松市中央九丁目9番9号

申請者 会津 太郎

氏名

電話番号 ( 99 ) 9999

申請者欄は自筆(代筆可)でご記入ください。

申請者は被保険者本人です。(支給申請時に被保険者本人が死亡した場合は、誓約書を添付したうえで相続人が申請者となります。)

このパンフレット等を添付してください。は、個々の用具ごとに記載していただき、欄中に記載がない場合は、申請ください。

ゆうちょ銀行の場合は、通帳裏表紙記載の店名(八二八など)、口座番号を記入してください。

上記の福祉用具購入に係る給付金を下記の口座に振り込んでもらいます。

口座振込 依頼欄	銀行	わかまつ	信用金庫	中央	支店	種 目	口 座 番 号					
			信用組合		出張所		1 普通預金					
			農協・労金		支所	2 当座預金	9	8	7	6	5	4
	金融機関コード	9	9	9	9	3	原則として振込先は被保険者本人名義の口座です。被保険者以外の口座を指定する場合は、委任状または誓約書が必要です。					
	フリガナ	アイツ	タロウ	店舗コード	8	8	8					
口座名義人	会津 太郎											

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等給付券交付申請書

保険者(市)が  
記入します。

NO.

記入例

○年 ○月 ○日

会津若松市長

特定(介護予防)福祉用具購入に係る給付券の交付について申請します。

申請者	氏名 (事業所等名)	〇〇指定居宅介護支援事業所		本人との関係	指定居宅介護支援事業所								
	住所 (事業所所在地)	〒 965-0000 会津若松市栄町99番9号		電話番号	( 22 ) 2222								
被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	生年月日	昭和 2 年 3 月 4 日
	フリガナ	アイツ タロウ		性別	(男) ・ 女								
	氏名	会津 太郎		介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。要介護度	要支援( ) ・ 要介護( 5 )								
	住所	〒 965-9999 電話番号 ( )		負担割合 (申請日現在)	1 割								
販売事業所名 (担当者名氏名)	〇〇福祉販売(株) ( 〇〇 〇〇 )		販売金額	27,300 円									
購入種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> つり具 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ		商品名	〇〇ポータブルトイレCP-H 〇〇浴槽手すり U-80									
			購入予定日	○年 ○月 ○日									

※ 商品が確認できるパンフレットと福祉用具サービス計画書の写し等を添付して下さい。  
 ※ 現在、入院・入所中の場合は原則として申請できません。

あくまで予定日です。

市使用欄

2 号	給付済額	収	

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)

給付券のナンバー  
を記入

記入

NO.

申請月日 ○年 ○月 ○日

フリガナ	アイツ タロウ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者氏名	会津太郎		生年月日	昭和 2年 3月 4日									
			性別	男・女									
住所	〒965-9900 会津若松市中央九丁目9番9号		電話番号	(99) 9999									
	介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。		購入日は領収書に記載された年月日となります。										
購入種目	腰掛便座 入浴補助用具		購入日	○年 ○月 ○日									
			負担割合(購入日現在)	1割									
給付申請額	給付券に記載された保険給付額と同じ金額を記入します。		24,570	円									
購入日現在での負担割合を記入してください。													
会津若松市長 下記の特定(介護予防)福祉用具購入に係る給付費の支給について、関係書類を添えて申請します。 また、私の当該給付費の支給申請及び給付金の受領に関する権限を次の者に委任します。													
受領委任者は被保険者本人です。(支給申請時に本人死亡の場合は、相続人が受領委任者となります。)		会津若松市中央九丁目9番9号		TEL ( 99 ) 9999									
受領委任者(被保険者)		氏名 会津太郎		会津									
受任者(福祉用具販売委任取扱登録事業者)	事業所所在地	会津若松市東栄町99番99号 ふくしまビル20											
	事業所名	〇〇福祉販売(株)											
代表者名	代表取締役 若松 花子		TEL ( 33 ) 3333										
				代表取締役印									
特定福祉用具の商品名		メーカー名	購入金額	保険給付額				自己負担額					
〇〇ポータブルトイレCP-H		〇〇工業(株)	17,850										
〇〇浴槽手すりU-80		(株)〇〇化学	9,450										
合計			27,300	24,570				2,730					
			円	円				円					

※領収証(原本)及び給付券を添付して下さい。

上記の福祉用具購入に係る給付金を下記口座に振り込んで下さい。

受任者(福祉用具販売事業所)名義の口座を指定します。	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店	若松東	支店	出張所
	預金 2 当座預金	金融機関コード	6	6	6
	3 其他の預金 ( )	店舗コード	4	4	4
	フリガナ	口座番号	5	5	5
口座名義人	〇〇福祉販売(株)				

※ゆうちょ銀行の場合は支店名は「八二八」などの漢数字記載の支店名を記入してください。

# 介護保険特定福祉用具購入理由書

## 記入例

○年 ○月 ○日

被保険者名	会津 太郎
住 所	会津若松市中央九丁目9番9号
電話番号	0242-99-9999

介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。

下記の状況により、特定福祉用具の購入を必要とします。

利用者本人の身体機能や生活動作の困難な点にふれたうえで、その用具の選定理由や効果について購入品目ごとに記入してください。

福祉用具専門相談員となることのできる作業療法士等の資格所持による福祉用具専門相談員の場合は、有資格者に○をつけ、資格の種類も記載ください。

記入者：( )内のいずれかに○をつけて下さい。

( 本人・家族・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・福祉用具販売事業者・地域包括支援センター  
その他 )

事業所名 ○○指定居宅介護支援事業所

氏 名 ○ ○ ○ ○

{ 資格 (介護支援専門員・福祉用具専門相談員 {指定講習会修了者・有資格者( )

被保険者の入院・入所の有無

有 ・ 無

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任取扱事業所  
登録(変更)届出書

記入例

〇年〇月〇日

会津若松市長

届出者

所在地 会津若松市東栄町3番46号

事業所名 ○○○福祉事業株式会社 若松東支店

代表者名 支店長 ○○ ○○

介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任取扱事業所として登録(変更)をしたいので、次のとおり届け出ます。

新規 更新

所在地	前	〒 000-0000 会津若松市東栄町3番46号 TEL (00)1111 FAX (00)1111		
	後	〒 TEL ( ) FAX ( )		
フリガナ 事業所名	前	○○○フクジギョウカブシキガイシャ ワカマツヒガシテン ○○○福祉事業株式会社 若松東支店		
	後			
介護保険指定 事業所番号	1111111111		←県の介護保険事業所指定番号(10桁)を記入	
代表者名 ・氏名	前	支店長 ○○ ○○	後	
	営業日 (営業時間)		休業日	
福祉用具 取扱 種目	月～土 ( 9:00 ~ 17:30 )		日、祝、8/13～8/16、 12/30～1/3	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 腰掛便座		<input checked="" type="checkbox"/> 簡易浴槽	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品		<input checked="" type="checkbox"/> リフトつり具	
	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具		<input checked="" type="checkbox"/> 複合的用具	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 都道府県による特定福祉用具販売指定書の写し			
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所の略地図(住宅地図の添付でも可)			

※ 新規、更新の場合は「前」欄にのみ記入してください。変更の場合は「前」「後」欄に記入してください。  
 ※ 届出内容の変更、事業所登録の休・廃止の場合はその都度届出が必要です。  
 ※ 登録期間は2年間とし、年度途中で登録した事業者については登録した翌翌年の3月31日までとします。

登録有効期間

〇〇年3月31日まで

※ 振込先をご本人以外の家族の口座に希望される方は、下記の「委任状」に記入をお願いします。

<h2>委 任 状</h2>	
支給申請書の日付と一致させてください。	
私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。	
○ 年 ○ 月 ○ 日に申請した介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関すること。	
申請者の住所・氏名 (委任される被保険者本人)	
住所	会津若松市中央九丁目9番9号
氏名	会津 太郎
代理人の住所・氏名 (受任者)	
住所	会津若松市中央九丁目9番9号
氏名	会津 花子
委任する方との関係(続柄)	長女

自筆(代筆)で記入し、印鑑はスタンプ印以外を使用してください。

被保険者と受任者が同姓の場合でも、同じ印鑑は使用しないでください。

会津印

会津印

※被保険者本人がお亡くなりになられた場合には、下記の「誓約書」に記入をお願いします。

<h2>誓 約 書</h2>			
被保険者氏名	会津 太郎	死亡年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日
死亡時の住所 (住民票上の住所)	会津若松市中央九丁目9番9号		
私は、上記被保険者の相続人代表者に相違ありません。			
支給申請書の日付と一致させてください。			
介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領は私が行います。			
なお、この件に争いが生じた場合は、相続人の代表者である私の			
○ 年 ○ 月 ○ 日			
誓約者(相続人)住所	会津若松市中央九丁目9番9号		
氏名	会津 花子	会津印	
死亡者との関係(続柄)	長女		

自筆(代筆)で記入し、印鑑はスタンプ印以外を使用してください。