

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

NO. _____

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)		本人との関係	
	住所 (事業所所在地)	〒 電話番号 ()		
被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		要介護度	要支援() ・ 要介護()
			負担割合	割
住所	〒 電話番号 () 申請日現在入院・入所の有無(有・無) 会津若松市			
販売事業所名 (担当者名氏名)	()	販売金額	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		
		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。

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)

NO. _____

申請月日 年 月 日

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日	年		月		日						
		性別	男 ・ 女										
住所	〒 電話番号 ()												
購入種目		購入(領収)日	年		月		日						
		負担割合(購入日現在)	割										
給付申請額	円												

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。

住所 TEL ()

受領委任者(被保険者)

氏名

受任者
(福祉用具販売委任取扱登録事業者)

事業所所在地
事業所名
代表者名

TEL

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
合計		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。

		銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店	支店 出張所
1 普通預金	2 当座預金	金融機関コード		
		店舗コード		
3 その他の預金 ()		口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

※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。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		0	7	2	0	2	5	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年		月		日生	性別	男	・	女
住所	〒									
	電話番号 ()									
福祉用具名 (項目名及び商品名)	製造事業者名 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>会津若松市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>										

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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。
 ・入院・入所中の場合は退院・退所後に申請ください。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	農協・労金	支所	2 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード	3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 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。

委 任 状

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

氏名

印

代理人の住所・氏名 (受任者)

住所

氏名

印

委任する方との関係(続柄)

※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。

誓 約 書

被保険者氏名

死亡年月日

年

月

日

死亡時の住所
(住民票上の住所)

私は、上記被保険者の相続人代表者に相違ありません。

上記の者の介護保険居宅介護(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、この件に問題が生じた場合は、相続人の代表者である私の責任で解決いたします。

年 月 日

誓約者(相続人)住所

氏名

印

死亡者との関係(続柄)

介護保険特定福祉用具購入理由書

年 月 日

被保険者名	
住 所	
電話番号	()

下記の状況により、特定福祉用具の購入を必要とします。

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 _____

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

第2号様式(第4条関係)

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
登録廃止(休止・再開)届出書

会津若松市長

年 月 日

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を、年 月 日で
廃止(休止・再開)したので届け出ます。

事業所所在地

事業所名称

代表者職名・氏名

(休止の場合)

休止期間(6か月以内) _____ 年 月 日まで

休止の理由 _____

休止中の連絡先 _____

所在地・名称 _____

電話番号 _____

担当者氏名 _____

※ 休止中に変更があった場合や休止期間の更新の場合は改めて届け出てください。

特定福祉用具受領委任払支給申請の事前チェックシート

- 被保険者番号、氏名、住所、性別、生年月日に誤りがないか？
(給付券交付申請書や本人記入内容とも照合したか？)
- 購入品目、商品名等の各欄は事前申請時と同じか？
- 購入日は領収日と同じ日付になっているか？(購入日蘭には領収日を記入すること)
- 負担割合は領収日時点の割合となっているか？
- 保険給付額、給付申請額(=保険給付額)、自己負担額の各欄は給付券の金額と相違ないか？
- 領収書は原本が添付されているか？
- その他記入漏れや不備はないか？
- 生保者の場合は事前に保護担当者から用具購入の自己負担額について了承を得ているか？
- 不備等のない支給申請書提出日の属する月の翌月支払いであることを了承します。
- 書類提出後不備があり修正等が必要になった場合、支払いが遅れる事を了承します。

特定福祉用具受領委任払給付券交付申請の事前チェックシート

- 被保険者番号、氏名、住所、性別、生年月日に誤りがないか？
- 年齢、要介護度、認定期間に誤りがないか？
- 商品名等につき、申請書・サービス計画書とカタログ情報があっているか？
- 福祉用具サービス計画書(基本情報・利用計画)の写しの添付があるか？
- 福祉用具サービス計画書は全て状況に沿った記入がなされているか？
(ケアプラン参照などという記載にはなっていないか？)

- 負担割合は申請日時点の割合となっているか？
- 標準品(通常一番安価)以外(付加機能等付属)の購入の場合
きちんと客観的理由付け(必要性)がなされているか？
- その他記入漏れや不備はないか？
- 生保者の場合は自治体から自己負担額分の振込を確認しているか？
- 書類提出後不備があり修正等が必要になった場合、給付券の交付が遅れる事を了承します。