

<記入見本>

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 被保険者氏名	ミトハナコ 水戸花子	保険者番号	082016		介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。
		被保険者番号	1234567890		
		個人番号	1234567890000		
生年月日	昭和 10年 4月 1日	要介護度等	要支援1・2/要介護1・2・3・④・5		購入日時点での介護度及び認定有効期間を記入してください。
認定有効期間	○年○月○日 ~ ○年○月○日				
住所	〒310-0000 水戸市中央0-0-0			電話番号 029-000-0000	購入日=領収日
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売事業者指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日	
腰掛便座 ポータブルトイレ〇〇 (TAISコード12345 123456)	1234567890	〇〇商会	9,800 円	令和 3年 4月 20日	購入した福祉用具の価格(10割)を消費税込みで記入してください。
入浴補助用具 入浴台〇〇 (TAISコード 12346 1234568)	1234567890	〇〇商会	4,800 円	令和 3年 4月 20日	
入浴用補助用具 浴槽用手すり (TAISコード 12349 12345679)	1234567890	〇〇商会	4,800 円	令和 3年 4月 20日	
福祉用具が必要な理由	・腰掛便座…下肢のまひのため、和式便座での排泄は困難である。腰掛便座の取付により自力での排泄が可能となる。 ・入浴台、浴槽用手すり…浴槽への出入りが可能となる。転倒等の事故防止のため。				
水戸市長様 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 ○年○月○日					
申請者	住所 水戸市中央0-0-0 氏名 水戸花子	電話番号 029-000-0000 被保険者との関係 本人 個人番号	※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。		
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称 (株)〇〇〇				
	事業所種別 特定福祉用具販売事業所				

注意 この申請書の裏面に領収証、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、個々の福祉用具ごとに記載してください。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。														公金受取口座は利用できません。必ず振込口座を指定する。に <input checked="" type="checkbox"/> をし、口座振込依頼欄を記入してください。	
	銀 行 〇〇	信 用 金 庫 ()	本 店 〇〇	支 店 ()	種 目			口 座 番 号								
金融機関コード 0 1 2 3				店舗番号 1 2 3			1 普通			1	2	3	4	5	6	7
							2 当座預金									
ゆうちょ銀行				記 号 1 2 3 4 5 6 7 8			3 その他 ()									
フリガナ				ミトハナコ												
口座名義人				水戸花子												

(本申請に係る委任) 私(被保険者)は、次の事項について委任します。 (1) 本申請については、上記の申請者を代理人と定め申請に係る権限(取下げに関する権限を含み、本申請に係る決定通知書の受取りを除く。)を委任すること。 (2) 本申請に係る保険給付の受領については、上記の口座名義人が受領すること。															申請者や口座名義人がご本人以外の場合は、委任欄に署名してください。身体の障害等により、本人による署名ができない場合(單に入院中や遠方に居住しているなどの場合は含まれません。), 本人の意思を確認した上、家族等が代理で記名してください。
被保険者氏名 <u>水戸花子</u> 水戸															