介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

受領委任払い用

（フリガナ）	ハチノヘ　タロウ	保険者番号	0 2 2 0 3 8
被保険者氏名	八戸　太　郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 ※ ※ ※ ※ ※ ※
生年月日	明・(大)・昭　10 年 1 月 1 日	性別	(男)・女
住所	八戸市内丸一丁目１－１	電話番号	43ー21111

特定福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業所	購入（販売）金額【税込】	購入日
① ポータブルトイレ	△△㈱　○○	50,000 円	平成 19 年 4 月 1 日
②		円	平成　年　月　日
③		円	平成　年　月　日
④		円	平成　年　月　日
購入（販売）金額計（A）		50,000 円	

住所、氏名、電話番号等を間違えた場合は、その都度訂正印を押してください。

購入日は領収書に書いてある日付を記入して下さい。

支給申請額	購入（販売）金額計（A）× 0.9 ＝ 45,000 円（少数点以下切捨て）（B）
利用者負担額	購入（販売）金額計（A）－ 支給申請額（B）＝ 5,000 円（１割負担分）

福祉用具が必要な理由（理由は用具ごとに記載すること。欄内に記載できない場合は、別葉に記載し添付して下さい。）

① ※理由をできるだけ詳しく記入して下さい。

②

③

④

本人（被保険者）の住所、氏名、電話番号を記入し、押印してください。（認め印可）間違えた場合は、その都度訂正印を押してください。

（あて先）八戸市長

申請者（受領委任者）

上記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。
また、当該申請に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請及び給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。

平成　年　月　日

捨印を押してください

住　所　八戸市内丸一丁目１－１
氏　名　八戸　太郎　　印　　電話番号　43ー2111

捨

受取人（指定特定福祉用具販売事業所）

被保険者名を記入してください

八[redacted]　様にかかる上記申請内容に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。なお、支給にあたっての金融機関に口座振込をしてくださるよう依頼します。

捨印を押してください

指定事業者の所在地、名称、代表者名、電話番号を記入し、代表者印を押印してください。
間違えた場合は、その都度訂正印を押してください。

所在地　八戸市○○○丁目 11-11
名　称　○○○有限会社
代表者氏名　△△　△△△　　○○ー○○○○

捨

居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○ 本店・支店・出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	①普通預金 2当座預金 3その他（　）	1 2 3 4 5 6 7
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○		
	（フリガナ）口座名義人	○○○（ユ）ダイヒヨウトリシマリヤク○○○○○		
		○○○（有）代表取締役△△　△△△		

※この申請書に添付するもの ➡ ①資格確認証 ②パンフレット ③領収書（購入者の支払金額がわかるもの）

市記入欄（以下記入不要）

介護区分	有効期間	添付書類	支給資格	購入限度額	
	・　・　～　・　・	1.資格確認証 2 パンフレット 3.領収書	有 ・ 無	円	

上記申請について購入要件等を確認したので、次のとおり決定してよろしいか。

平成　年　月　日

□支給　□不支給（理由：　　）

支給決定金額	円