

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【受領委任払い】

被保険者氏名	葛飾 介護	生年月日	20 年 4 月 1 日
住所	〒124-8555 葛飾区立石5-13-1		
要介護等状態区分	要支援 ( ) ・ 要介護 ( 3 )		
福祉用具名	腰掛便座		
(種目・商品名)	〇〇ポータブルトイレ		
購入金額	5 0 0 0 0 円		
購入日	令和 1 年 5 月 1 日		
福祉用具が必要な理由	福祉用具を必要とする理由（申請者の心身の状況、生活環境及び日常生活に支障をきたしている状況等）について詳細に記載してください。 ※欄内に全て記載しきれない場合は、「福祉用具購入が必要な理由書」に記載のうえ添付してください。		
委任者	葛飾区長 あて 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するにあたり、申請及び受領に関する権限を下記の受任者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の住所、氏名、電話番号を直筆で記入し、印鑑を押してください (委任者) 住所 申請者 氏名 都道府県等から指定された番号を記入してください ( ) (被保険者)		
受任者	介護保険事業所番号 葛飾区（受領委任払）協定書番号 第 号 所在地 (受任者) 事業者名 協定書の番号、住所、事業者名、代表者名、電話番号を記入し、印鑑を押してください 代表者名 (職名・氏名) ⑩ 電話番号 ( )		
居宅介護(介護予防)支援事業所記入欄	本申請が介護保険法第44条第1項及び第56条第1項に規定されるとおり適正であることを確認するとともに居宅（介護予防）サービス計画に位置づけています。		
事業所名	担当者氏名		
本申請に関する連絡先	事業所名	担当者氏名	

注意 ・ 都道府県等の指定を受けた特定（介護予防）福祉用具販売事業者から購入したものが支給対象です。  
 ・ 申請書には領収証（商品名と自己負担額を記載）、福祉用具のパンフレット等（写し可/製造業者名、定価がわかるもの）、葛飾区介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費要介護被保険者等自己負担金支払確認証を添付してください。  
 ・ 「福祉用具が必要な理由」は、個々の用具ごとに記載してください。居宅（介護予防）サービス計画または特定福祉用具販売計画で理由が確認できる場合は記載不要です（計画の写しを添付してください）。欄内に記載困難な場合は、福祉用具購入が必要な理由書を作成のうえ添付してください。  
 ・ 受任者欄は代表者印を押印ください（社印不可）。

添付書類	給付制限	年度内既支給内容（種目・額・年/月）
領収証	有・無	既支給内容（種目・年/月）
パンフレット等	有・無	
備考	可・否	受付者

委任者 捨印 ⑩  
受任者 捨印 ⑩

收受印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【償還払い】

被 記入例	号	00	・必ずボールペンで記入してください ・消せるボールペンや修正液等は使用しないでください	131227
フリガナ	カツシ			・大・昭
被保険者氏名	葛飾 介護			20年4月1日
住所	〒124-8555 葛飾区立石5-13-1		申請日時点での区分を記入しま	
要介護等状態区分	要支援 ( )		要介護 ( 3 )	
福祉用具名	腰掛便座		4点以上購入する場合は、別紙に記入してください	
(種目・商品名)	〇〇ポータブルトイレ			
製造業者名	株式会社 〇〇製造			
販売事業者	金額を訂正する際は、二重線を引いた上に			
介護保険事業所				
購入金額	50000円			
購入日	令和1年5月1日			
福祉用具が必要な理由	福祉用具を必要とする理由（申請者の心身の状況、生活環境及び日常生活に支障をきたしている状況等）について詳細に記載してください。 ※欄内に全て記載しきれない場合は、「福祉用具購入が必要な理由書」に記載のうえ添付してください。			
葛飾区長 あて	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。			
令和 年 月 日	被保険者の住所、氏名、電話番号を直筆で記入し、印鑑を押してください			
申請者住所				
申請者氏名	印 電話番号 ( ) 印			
居宅介護（介護予防）支援事業所記入欄	本申請が介護保険法第44条第1項及び第56条第1項に規定されるとおり適正であることを確認するとともに居宅（介護予防）サービス計画に位置づけています。			
事業所名		担当者氏名		
本申請に関する連絡先	事業所名	担当者氏名		

捨印  
印

注意・都道府県等の指定を受けた特定（介護予防）福祉用具販売事業者から購入したものが支給対象です。  
・申請書には領収証（商品名を記載）、福祉用具のパフレット等（写し可/製造業者名、定価がわかるもの）を添付してください。  
・「福祉用具が必要な理由」は、個々の用具ごとに記載してください。居宅（介護予防）サービス計画または特定福祉用具販売計画で理由が確認できる場合は記載不要です（計画の写しを添付してください）。欄内に記載困難な場合は、福祉用具購入が必要な理由書を作成のうえ添付してください。

居宅介護（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	本店 支店 出張所	種目	口座番号 ※右詰、7桁でご記入ください
	金融機関コード	被保険者の口座情報を記入してください 被保険者以外の場合は委任状が必要です		
	フリガナ			
	口座名義人			

・口座は申請者（被保険者）の口座を記載してください。申請者以外の場合は申請者の委任状が必要です。

收受印

-----介護保険課確認欄-----			
添付書類	給付制限	年度内既支給内容（種目・額・年/月）	
領収証	内訳書（特注品）	有・無	
パンフレット等	理由書（再・複合）		
	写真（再・破損）	支給可否	既支給内容（種目・年/月）
備考	委任状 届出書	可・否	受付者

記入例

福祉用具購入が必要な理由書

被 保 険 者 番 号		月 日	
フリガナ		号	
被 保 険 者 氏 名		入	
福祉用具名（種目・商品名）		<p>・必ずボールペンで記入してください</p> <p>・消せるボールペンや修正液等は使用しないでください</p> <p>・申請書の欄内にすべて記載しきれない場合や再支給、複合的機能を有する場合は、この理由書を使用し、申請書に添付してください</p>	
<input checked="" 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"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 申請書「福祉用具が必要な理由」欄内の記載困難 <input type="checkbox"/> 選択制購入 <input type="checkbox"/> その他	福祉用具を必要とする理由（申請者の心身の状況、生活環境及び日常生活に支障をきたしている状況等）について詳細に記入してください。	
(商品名) 〇〇ポータブルトイレ			
<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"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 再支給（福祉用具破損・申請者の著しい状態悪化等） <input checked="" type="checkbox"/> 申請書「福祉用具が必要な理由」欄内の記載困難 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 複合的機能を有する福祉用具の購入 <input checked="" type="checkbox"/> 選択制購入	福祉用具を必要とする理由（申請者の心身の状況、生活環境及び日常生活に支障をきたしている状況等）について詳細に記入してください。  さらに、選択制で購入を決定した理由を具体的に記入してください。
(商品名) 〇〇多点杖			
<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"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 再支給（福祉用具破損・申請者の著しい状態悪化等） <input type="checkbox"/> 申請書「福祉用具が必要な理由」欄内の記載困難 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 複合的機能を有する福祉用具の購入 <input type="checkbox"/> 選択制購入	
(商品名)			
注意・破損による再購入の場合は、当該福祉用具の破損の理由、修繕不可の理由を記載してください。 ・部品購入で修繕する場合は、部品についてのパンフレット等（写し可/製造業者名、定価のわかるもの）を添付してください。 ・著しい状態悪化等による再購入の場合は、既に購入した福祉用具では解決できない課題と、その課題を解決するために必要となる新たな福祉用具を使用した際の効果を記載してください。 ・複合機能を有する福祉用具購入の場合は、2つ以上の機能を有した福祉用具を選定した理由がわかるように、申請者の心身の状況と生活上の課題を記載し、選定した福祉用具 ・賞与と購入の選択制の「スロープ」「歩行器」「			
この理由書を作成した方の連絡先等を記載してください			
理由書作成者記入欄	上記内容に相違ありません。		
	事業所名	株式会社〇〇福祉用具	
	資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）職員 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	
	氏名	立石 花子	電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

記入例

・必ずボールペンで記入してください

葛飾区長 あて

葛飾区介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費  
要介護被保険者等自己負担金支払い確認証

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
被保険者氏名	葛飾 太郎										
内 訳	+	万	千	百	+	円					
保険給付対象購入費	(A)	5	0	0	0	0	円				
金額が誤って記入された場合は、差替えになります やむを得ない場合は、二重線を引いた上に訂正印として、事業者代表者印を押してください							5	0	0	0	円
							5	0	0	0	円
							5	0	0	0	円

ただし、上記のとおり介護保険対象福祉用具購入代金にかかる要介護者等の自己負担分として（B）の金額を受領しました。

令和 年 月 日

所在地  
(受領者)

特定福祉用具  
販売事業者  
事業者名  
代表者名  
(職名・氏名)

協定書に記入した住所、事業者名、代表者名を記入し、印鑑を押してください

捨印  
㊞

㊞