

# 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	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。		
申請者	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とおり委任する。 令和 年 月 日 (委任者) 住所 葛飾区 ( ) 申請者 (被保険者) 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 ( )		
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 ( ) 所在地 ( ) 事業者名 ( ) 代表者名 ( ) ☎ 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項の居宅介護(介護予防)サービス計画に位置づけられています。 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領するにあたり、申請書には領収証（商品名、定価がわかるもの）、葛飾区介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書と併せて添付してください。
- ・「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）	受付者
領収証			
パンフレット等			
備考	可・否		

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 0 0	・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	1 3 1 2 2 7
被保険者氏名	葛飾 介護		・大・昭
住所	葛飾区立石5-13-1	購入日時点での区分を記入します	
要介護等状態区分	要支援 ( )	要介護 ( 3 )	
福祉用具名	(種目) 腰掛便座 (商品名) ○○ポータブルトイレ	4点以上購入する場合は、別紙に記入してください	
製造業者	金額を訂正する際は、二重線を引いた上に申請者印を押してください		
販売業者			
介護保険事業所			
購入金額	5 0 0 0 0 円		
購入日	令和 1 年 5 月 1 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
福祉用具が必要な理由 (具体的に)	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、電話番号は自署とし、ご本人の印鑑を押してください		
申請者住所 (被保険者)			
申請者氏名			
電話番号			
担当のケアマネージャー等がない場合は記載不要です			
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 宅(介護予防)サービス計画に位置づけています。	事業者名	担当者氏名
本申請に関する連絡先	事業者名	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）福祉用具購入費の購入したものが支給対象です。  
 ・申請書には領収証（商品名を記載してください）を添付してください。  
 ・「福祉用具が必要な理由」は、個々の利用者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。

## 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）	受付者
領収証			
パンフレット等			
備考			

記載不要です

收受印



記入例

- ・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

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 介護									
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										
保険給付予定金額	(C)		4	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

印

印