

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

|                |        |             |                             |  |  |                             |  |  |                             |  |  |
|----------------|--------|-------------|-----------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名 | 保険者番号  | 1 1 2 2 4 3 |                             |  |  |                             |  |  |                             |  |  |
|                | 被保険者番号 |             |                             |  |  |                             |  |  |                             |  |  |
|                | 個人番号   |             |                             |  |  |                             |  |  |                             |  |  |
| 生年月日           | 年 月 日  | 負担割合        | <input type="checkbox"/> 1割 |  |  | <input type="checkbox"/> 2割 |  |  | <input type="checkbox"/> 3割 |  |  |

|    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住所 | 〒    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名) | 製造事業者及び販売事業者名<br>(販売事業者指定事業者番号) | 購入金額 | 購入日      |
|---------------------|---------------------------------|------|----------|
|                     | 製造：<br>販売：                      | 円    | 令和 年 月 日 |
|                     | 製造：<br>販売：                      | 円    | 令和 年 月 日 |
|                     | 製造：<br>販売：                      | 円    | 令和 年 月 日 |

(宛先)  
戸田市長

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

住所

申請者 電話番号

氏名 印

注意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。  
・裏面の「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。

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。

|             |                    |                 |        |      |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------|-----------------|--------|------|--|--|--|--|--|--|
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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  |      |  |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ<br>口座名義人      |                 |        |      |  |  |  |  |  |  |

※受領委任払い登録業者が受領する場合は、口座振込依頼欄の記載は不要です。

保険者記入欄 ※記入しないでください。

|         |                       |              |   |
|---------|-----------------------|--------------|---|
| 購入金額合計  | 円                     | 保険給付対象額（上限額） | 円 |
| 自己負担額合計 | 円                     | 支給決定金額       | 円 |
| 要介護度    | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 | 備考           |   |

福祉用具が必要な理由

## 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 戸田市長

私が支払いを受ける介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、下記の者に受領を委任します。

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 委任者<br>(申請者)                    | 住所                                      |
|                                 | 氏名 <span style="float: right;">印</span> |
| 受任者<br>(口座名義人又は受領<br>委任払い登録事業者) | 住所又は<br>法人住所                            |
|                                 | 法人名                                     |
|                                 | 氏名又は<br>代表者職氏名                          |

注意 ・この委任状欄は、表面の「口座振込依頼欄」が本人以外の方になる場合又は受領委任払い方式で福祉用具の購入をした場合に記載が必要です。  
・「法人名」は個人が受任者の場合は記載不要です。

(領収証添付欄)