様式第６号（第１２条関係）

**記入例**

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任専用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 承認番号 | | | | | | | **９９９９**号 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）　　　　**フクシマ　タロウ** | | | | | | ０ | | | ７ | | | | | ２ | | | | ０ | | | １ | | | | ７ | |
| **福島　太郎** | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **0** | **0** | | | | **0** | | **1** | | | **1** | **1** | | **1** | | | | **1** | **1** | | **1** |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和　　１１年　　１月　　１日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒**９６０－８６０１**  **福島市五老内町３番１号**電話番号　(**０２４**)　**５３５**　―**１１１１** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所等 | | **○○○　居宅介護支援事業所** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付申請額 | | **５４，０００**円 | | 種目名 | | | | **入浴いす、移動便器** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | **購入した福祉用具が必要な理由を身体的理由もふまえて、記入してください。**  **（例）下肢筋力の低下があり、入浴時に転倒の危険性があるため。また、トイレまでの移動時に失禁してしまうため、ベッド脇に移動便器を設置することで、安全に排泄を行う。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福島市長  　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。  **窓口へ提出する日を記入してください。**  また、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請および受領に関する権限を下記の者に委任します。  　令和　**元**年　　**７**月　　**１**日  　　　　　　　　住　所　**福島市五老内町３番１号**  委任者  （申請者）  　　　　　　　　氏　名　**福島　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受任者 | 住所　**福島市森合町１０番１号**　　　　　　　電話番号（**０２４**）**５２５**－**６５８７**  事業所名　**株式会社　○○○○**  代表者名　**代表取締役　△△△△** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | 製造業者名 | | 購入金額 | | | | | | | 自己負担額 | | | | | | | | 給付申請額 | | | | | | |
| **シャワーチェア○○○** | | | **△△△△** | | **２０，０００** | | | | | | |  | | | | | | | | 自己負担額および給付申請額の訂正はできませんので、誤りがあった場合は申請書の書き直しが必要になります。 | | | | | | |
| **ポータブルトイレ○○○** | | | **□□□□** | | **４０，０００** | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |
| 合計 | | | | | **６０，０００** | | | | | | | **６，０００** | | | | | | | | **５４，０００** | | | | | | |

上記の居宅介護（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  依頼欄 | 銀行  **〇　〇**  金庫  組合 | | | | 本　店  **○○**　支店・支所  出張所 | | | 種　別 | 口　座　番　号  利用者の負担割合に応じた金額をご記入ください。 | | | | | | |
| １ 普通預金  ２ 当座預金  ３ その他 | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
| **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** |
| フリガナ | | | | **カ）○○○○　ダイヒョウトリシマリヤク△△△△** | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | **株式会社　○○○○　　代表取締役　△△△△** | | | | | | | | | | |

〈備考〉この申請書には、領収書及び福祉用具のパンフレット等を裏面に添付してください。

|  |
| --- |
| 利用者負担金の領収書と福祉用具のパンフレット類をこちらに添付してください。 |