

記載例(償還払い)

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 受領委任 No. 捨印 **滑**

フリガナ	ナメガワ ハナコ	保険者番号	1 1 3 4 1 5
被保険者氏名	滑川 花子	被保険者番号	0 0 0 0 0 5 4 3 2 1
要介護度	要支援1・2 / 要介護1・2・③・4・5	有効認定期間	平成27年7月1日 から平成29年6月30日 まで
生年月日	明・大・ 滑 11年11月3日	負担割合	1割・2割 性別 男・ 女
住所	〒355-8585 滑川町大字福田750番地1 電話番号 56-2010		
福祉用具の種目 商品名	製造事業者名	販売価格(10割)	購入年月日
①入浴補助用具 折りたたみシャワーベンチIS	××㈱	2 0 1 6 0円	平成27年 8 月 1日
②入浴補助用具 高さ調整月浴槽手すりUST-165W	××㈱	2 2 6 8 0円	平成27年 8 月 1日
販売価格合計 (A)	4 2 8 4 0円	同年度の対象残額 (B)	1 0 0 0 0 0円
基準額 (A)と(B)のうち少ない方の額 (C)	4 2 8 4 0円	利用者負担額 (D) (実際に事業所に支払った額)	4 2 8 4円
(保険対象分)自己負担額 (C)×0.1又は0.2 ※端数切り上げ (E)	4 2 8 4円	保険請求額 (C)-(E) (F)	3 8 5 5 6円
販売事業所名 (受領委任払い取扱登録販売所名)	有限会社 ○○	電話番号 0493(56)2211	滑川町 登録番号
指定事業所番号	1 1 0 0 0 5 4 3 2 1	(担当相談員: □□ □)	
福祉用具が必要な理由	①△症等により立ち上がり等に難がある、洗身時の座位保持や立ち上がりを支援することで安全に入浴出来る。 ②下肢筋力低下のため、安全に洗い場と浴槽を移動するために必要とします。		
(あて先) 滑川町長 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。 平成 27年 8月 5日			
(被保険者) 住所 滑川町大字福田750番地1 氏名 滑川 花子 滑 印 電話番号 56-2010	(代行者) 〒 住所 事業者名等 氏名 印 電話番号		
この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領について次の者に委任します。 平成 年 月 日			
委任者(被保険者)氏名 _____ 印 委任状/承諾書 上記の者より委任された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を承諾します。 受任者 (口座名義人)住所 事業者名等 代表者 氏名 _____ 印 電話番号 _____			
口座振替 依頼欄	銀行・信金 ○○○ 労働・農協 漁協・信組	本店 支店 出張所 ○○○	種別 ① 口座番号 2 債権者コード ① 普通預金 2 当座預金 3 その他
	金融機関コード 1 0 0 0	店舗コード 1 0 0	7 6 5 4 3 2 1
	フリガナ 口座名義人	ナメガワ ハナコ 滑川 花子	

《注意》○添付書類 ・自己負担分の領収証(原本)
・パンフレット(コピー可。「商品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているもの)
・特注品の場合は設計書、内訳書、完成品の写真等
○「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ください。枠内に記載が困難な場合は、適宜用紙を追加してご記載ください。

町 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 領収書	保険料滞納 有・無	今年度給付実績	支給決定	
	<input type="checkbox"/> パンフレット	他サービス 有・無		決定日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 写真等(特注品)	種別 1号・2号		支払日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 在宅	要支援()・要介護()		支給額	円	

記載例(償還払い)説明

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	受領委任 No.	捨印 滑
----	-------------	---------

フリガナ	ナメガワ ハナコ	保険者番号	1 1 3 4 1 5
被保険者氏名	滑川 花子	被保険者番号	0 0 0 0 0 5 4 3 2 1
要介護生年	購入年月日時点で有効な介護保険証、負担割合証を確認し、被保険者ご本人の氏名・被保険者番号・要介護度・認定期間・生年月日・負担割合・性別・ご住所等を記入してください。		
住所	〒355-8585 滑川町大字福田750番地1		電話番号 56-2010
福祉用具の種目	製造事業者名	販売価格(10割)	購入年月日
①入浴補助折りた ②入浴補助高さ調	購入した福祉用具について、それぞれご記入ください。 ・種目、商品名、製造事業者名について正確に記入してください。 ・購入年月日は納品日ではなく、代金の支払いをした日(領収証の日付)を記入してください。 ・計算例を参照し、福祉用具ごとにそれぞれの金額を記入してください。		
販売価格合計 (A)	4 2 8 4 0 円	同年度の対象残額	1 0 0 0 0 0 円
(A)	販売事業所の名称、指定事業所番号、滑川町登録番号等を記入してください。問い合わせさせていただく場合がありますので、担当された福祉用具専門相談員の方のお名前を記入してください。		
(C)	購入した福祉用具について、福祉用具ごとに必要な理由を記入してください。		
販(受)	利用者本人の身体機能や生活動作の困難な点にふれたうえで、その用具の選定理由や効果について詳しく記入してください。書ききれないときは、適宜用紙を追加してご記入ください。 ※購入した月が異なる場合は、月ごとに申請書が必要です。		
福祉用具が必要な理由	①△症等により立ち上がり等に難がある、洗身時の座位保持や立ち上がりを支援することで安全に入浴出来る。 ②下肢筋力低下のため、安全に洗い場と浴槽を移動するために必要とします。		
(あて先) 滑川町長	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。 平成 27年 8月 5日		
(被保険者) 住所 氏名 電話番号	(代行者) 〒	・申請者欄に被保険者ご本人の住所、氏名等を記入し、印鑑(認印でも可)を捺してください。同じ印鑑を捨印欄にも捺してください。 ・委任状/承諾書欄の記入は不要です。ただし、被保険者以外の振込をご希望の場合は、記入し捺印してください。	
委任状/承諾書	上記の者より委任された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を承諾します。 受任者 (口座名義人)住所 事業者名等 代表者 氏名 印 電話番号		
口座振替依頼欄	〇〇〇 銀行・信金 本店 〇〇 支店 出張所 金融機関コード 店舗コード	種別	① 口座番号 2 債権者コード
	1 0 0	① 普通預金	7 6 5 4 3 2 1
	フリガナ 口座名義人	ナメガワ ハナコ 滑川 花子	2 当座預金
	・口座振替依頼欄は、正確にご記入ください。		

《注意》○添付書類 ・自己負担分の領収証(原本)
 ・パンフレット(コピー可。「商品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているもの)
 ・特注品の場合は設計書、内訳書、完成品の写真等
 ○「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ください。枠内に記載が困難な場合は、適宜用紙を追

町処理欄	申請書に添付書類を添えて提出してください。 ・領収証は、申請時にその場で原本を提示すれば、提出は写しでも差し支えありません。		
<input type="checkbox"/> 在宅	要支援()・要介護()	支給額	円