

記入要領

事業者が代理申請するとき

(該当する支払方法に○の記入をしてください。
(償還払い ・ 受領委任払い)

介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（あて先）新潟市長

平成 28 年 2 月 10 日

下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。

フリガナ	○○フクショウグハシバイジギョウショ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
本人又は申請代理人氏名	○○福祉用具販売事業所 代表取締役 ○○ ○○	本人との関係	
申請代理人住所	〒 951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1	電話番号	025-228-1000

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	
フリガナ	ニイガタハナコ	生年月日	明・大・昭 2 年 1 月 1 日
氏名	新潟花子	電話番号	025-228-1000
住所	〒 951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1		

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
腰掛便座 □□□トイレ	△△△製造㈱ ○○○福祉用具販売事業所	23,000 円	平成 28 年 1 月 30 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日

福祉用具が必要な理由 下肢筋力低下により、トイレまでの移動が困難なため

注1 この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入ください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

（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。

委任状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 (居宅介護・介護予防) 福祉用具購入費の受領を下記の者に委託します。		
	平成 28 年 2 月 10 日		
受任者 (口座名義人)	住所 新潟市中央区学校町通1-602-1 ○○福祉用具販売事業所 氏名 代表取締役 ○○ ○○		
	委任者(本人) 新潟花子		
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 普通預金 2 当座預金 3 その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
	0 0 0 0 1 1 1		
フリガナ	○○フクショウグハシバイジギョウショ ダイヒヨウトリシリマリヤク ○○ ○○		
口座名義人	○○福祉用具販売事業所 代表取締役 ○○ ○○		

添付書類確認欄 領収証 パンフレット その他（同意書）

◎個人番号の記入がある場合、個人番号カード等（写し可）で個人番号を確認させていただきます。

保険給付費の支払方法を選択してください。

被保険者証を見て記入してください。

個人番号の記入がなくても受け付けます。

「福祉用具名」の欄には、種目名（腰掛便座、入浴補助用具等）及び商品名を記入してください。

「製造業者名」はパンフレット等で確認して記入し、「販売事業者名」は領収証等を確認して記入してください。

「購入金額」は、購入の際に支払った金額（消費税込）を記入してください。

「福祉用具が必要な理由」の欄は、被保険者の心身の状態、住宅の状況等を勘案して記入してください。

「委任状」欄は、次のように記入して下さい。

①受領委任払い制度を利用する場合、本人（委任者）から事業者（受任者）に委任するよう委任状の記入を行って下さい。

②本人の口座以外を振込先に指定する場合、本人（委任者）から受任者とする

よう委任状の記入を行って下さい。

③本人口座を振込先に指定する場合は、記入不要です。

「口座振替依頼欄」は、通帳等を見て正確に記入してください。

添付書類を確認し、□にレ点を付けてください。