

福祉用具購入費支給申請書 確認チェックリスト

ご提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

□① 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

- 記入間違い、記入漏れがないか。
- 購入商品はテクノエイド協会登録商品であり、かつ介護保険購入対象商品であるか。
（どちらも満たすものが支給の対象です。）
- 福祉用具が必要な理由として、現在の身体状況やその経緯等具体的な理由が記載されているか。
- 【受領委任払いのみ】福祉用具サービス計画を作成のうえ、チェック欄にチェックをしているか。
- 【償還払いのみ】福祉用具サービス計画の写しが添付されているか。
- 【償還払いのみ】振込口座の名義人が被保険者以外の場合、委任状が添付されているか。

□② 領収書

- 領収書の原本が添付されているか。
- 領収書の名義が被保険者本人名義（フルネーム）になっているか。
- 領収金額に相違がないか。
- 原本の返却を希望する場合、コピーも併せて添付されているか。

□③ 購入商品のわかるパンフレット等の写し

- 購入した商品の概要（商品の定価、名称、タイプ等）がわかるかどうか。
- 購入した商品がオーダー品の場合、規格等がわかる見積書類が添付されているかどうか。

※[受領委任払い用]の支給申請書は受領委任払いの登録事業者を利用して福祉用具を購入した場合にのみご利用いただけます。

※書類に不備があった場合、訂正を依頼し、支給に遅れが出る場合がありますのでご注意ください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリカ`ナ 被保険者氏名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
		被 保 険 者 番 号	
住 所	〒 - 電話番号 ()		
福 祉 用 具 名 (商 品 名)	製 造 事 業 者 名	購 入 金 額 (税 込)	購 入 年 月 日
	販 売 事 業 者 名	支 払 額	
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
購 入 合 計 金 額	円 (うち保険対象額 円)		福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成
特 定 福 祉 用 具 販 売 事 業 者 指 定 番 号 ※ 必 ず 記 入 を			
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由			
柏市長 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。 また、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申請及び受領に関する権限を、下欄の受 取人に委任します。 年 月 日 申請者兼受領委任者 氏名 ㊤ (氏名自署の場合は押印不要)			
受 取 人 情 報 欄	(所在) 〒 - 電話番号 () (事業者名) 登録番号 ()		
居 宅 介 護 支 援 事 業 者 確 認 欄	上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する 福祉用具購入に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒 - 電話番号 () (事業者名) (介護支援専門員氏名)		

- ・総費用額が10万円以下の場合、原則として自己負担額は「**総費用額×0.1(0.2)の1円未満を切り上げた金額**」です。
- ・複数の用具を購入した場合の自己負担額の算出は、合算せず、それぞれの用具について行ってください。
- ・上記の太枠の中を記入し、**当該被保険者宛**の領収証及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。

柏 市 記 入 欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受 付 印
	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 受給資格(要)	保険対象額 _____ 円		
	<input type="checkbox"/> パンフ写し	<input type="checkbox"/> 限度額管理(円)	支給決定額 _____ 円		
	<input type="checkbox"/> 購入対象用具	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画	<input type="checkbox"/> 負担割合(割)			
備 考			確 認 欄	確 認 者	審 査・入 力 者

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）

フリガナ			保険者番号	1 2 2 1 7 6					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	購入時の要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5			
住所	〒 -								
	電話番号 ()								
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 ----- 販売事業者名		購入金額 (税込)	購入日					
			円	年 月 日					
			円	年 月 日					
			円	年 月 日					
購入合計金額			円	(うち保険対象額)					
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を									
福祉用具が 必要な理由									
柏市長 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名									
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					
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人	-----							

- ・上記の太枠の中を記入し、領収書、福祉用具サービス計画(写)及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。
- ・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

柏市 記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳			受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 限度額管理(円) <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 負担割合(割)		保険対象額	円		
	備考		支給決定額	円		
		確認欄	確認者	審査・入力者		

口座名義人が被保険者本人でない場合、下記に記載して下さい。

委 任 状

年 月 日

柏市長 あて

(被保険者)

住 所

氏 名

㊞

(氏名自署の場合は㊞印不要)

下記の者を代理人と定め、**福祉用具購入費の受領に関する一切の権限**を委任したのでお届けします。

(代理人)

住所

氏名

被保険者との続柄 ()

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号 ()

申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所

氏 名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

被相続人との続柄 ()

(000)

_____が生前有していた介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、福祉用具購入費については下記の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

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			
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	ナカナ						
	口座名義人						

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。