

介護保険居宅介護(予防介護)福祉用具購入費
受領委任払い承認申請書兼同意書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	422071	
			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女	
住所	〒 平戸市				
要介護区分	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5	認定 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
購入する福祉用具 (種目及び商品名)		購入予定金額		製造事業者名	
1					
2					
3					
4					
5					
福祉用具が 必要な理由				専門相談員確認欄	
				氏名 ㊞	
購入 金額	円	購入 予定日	平成 年 月 日	販売 業者名	
<p>平戸市長 様</p> <p>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について、下記の業者に受領を委任することの承認を得たいので申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名 ㊞ 電話番号</p>					
<p>受領委任払い同意書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>平戸市長 様</p> <p>受取人 (所在地)</p> <p>(販売業者) (事業者名) (電話番号)</p> <p>(代表者職氏名) ㊞</p> <p>上記の被保険者が介護保険の特定福祉用具を購入するにあたり、被保険者の便宜を図るため、下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 購入する福祉用具の内容に変更が生じた場合は、すみやかに届出をします。</p> <p>2 被保険者からは、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の介護保険給付額以外の費用を受領します。</p> <p>3 介護保険給付額については、被保険者からの支給申請の折の委任に基づき受領します。</p>					

※ 裏面の注意事項に留意のうえ添付書類を添えて、提出してください。

注意事項

- 1 この承認願書のほかに、次の書類を添付してください。
 - 見積書
 - 購入する福祉用具のカタログ
 - その他、保険者から必要に応じて提出を求められる関係書類
- 2 承認後に購入する福祉用具が変更になる場合は、再度承認申請書を提出して変更の承認を受ける必要があります。
- 3 承認後に被保険者の身体状況等に変更（入退院や施設入所に関しての変更など）があった場合は、必ずご連絡ください。
- 4 承認後に承認要件に該当しなくなった場合は、受領委任払いの承認が取消されることがあります。
- 5 福祉用具購入後、被保険者は、販売業者に「受領委任払い承認通知書」に記載してある自己負担分を業者に支払い、領収書の発行を受けてください。
その後、被保険者は、委任状、領収書、購入した福祉用具を確認できる写真（撮影日入り）を添えて、支給の申請を行ってください。
- 6 福祉用具購入の給付費の支給については、購入後、支給申請をされてから、約2～4週間の期間を要します。

介護保険居宅介護(予防介護)福祉用具購入費
受領委任払い承認申請書兼同意書

フリガナ 被保険者氏名	ヒラド タロウ 平戸 太郎		保険者番号	422071		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		被保険者番号	1200222222		
住所	〒 859-5121 平戸市 岩の上町2000番地					
要介護区分	支1 介1	支2 介2	支3 介3	支4 介4	支5 介5	
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
購入する福祉用具 (種目及び商品名)		購入予定金額		製造事業者名		
1	ポータブルトイレ		40,000円	田平(有)		
2	シャワーベンチ		40,000円	大島(有)		
3						
4						
5						
福祉用具が 必要な理由	ポータブルトイレ：脳梗塞による軽度の半身麻痺のため、居室からトイレまで伝い歩きするが、夜間トイレに間に合わない。居室にポータブルトイレを置くことで失禁を防ぎたい。 シャワーベンチ：平成〇年〇月右大腿骨骨折により入院治療。術後早期からリハビリを行うも歩行障害が残る。足が曲げにくく、浴室の既存の低い椅子ではしゃがみこむ際に転倒の危険があり、また立ち上がり動作にも困難を来すため、安全に入浴できるようシャワーベンチを利用したい。				専門相談員確認欄 氏名 平戸 花子 花	
購入金額	80,000	円	購入予定日	平成27年4月5日	販売業者名	(有) 生月
<p>平戸市長 様</p> <p>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について、下記の業者に受領を委任することの承認を得たいので申請します。</p> <p>平成 28 年 1 月 4 日</p> <p>申請者 住所 平戸市岩の上町2000番地 (被保険者) 氏名 平戸 太郎 平 電話番号 22-1234</p>						
<p>受領委任払い同意書</p> <p>平成 28 年 1 月 4 日</p> <p>平戸市長 様</p> <p>受取人 (所在地) 平戸市大久保町10 (販売業者) (事業者名) (有) 生月 (電話番号) (代表者職氏名) 代表取締役 生月 一郎 生 22-9999</p> <p>上記の被保険者が介護保険の特定福祉用具を購入するにあたり、被保険者の便宜を図るため、下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。</p> <p>記</p> <p>1 購入する福祉用具の内容に変更が生じた場合は、すみやかに届出をします。 2 被保険者からは、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の介護保険給付額以外の費用を受領します。 3 介護保険給付額については、被保険者からの支給申請の折の委任に基づき受領します。</p>						

※ 裏面の注意事項に留意のうえ添付書類を添えて、提出してください。

注意事項

- 1 この承認願書のほかに、次の書類を添付してください。
 - 見積書
 - 購入する福祉用具のカタログ
 - その他、保険者から必要に応じて提出を求められる関係書類
- 2 承認後に購入する福祉用具が変更になる場合は、再度承認申請書を提出して変更の承認を受ける必要があります。
- 3 承認後に被保険者の身体状況等に変更（入退院や施設入所に関しての変更など）があった場合は、必ずご連絡ください。
- 4 承認後に承認要件に該当しなくなった場合は、受領委任払いの承認が取消されることがあります。
- 5 福祉用具購入後、被保険者は、販売業者に「受領委任払い承認通知書」に記載してある自己負担分を業者に支払い、領収書の発行を受けてください。
その後、被保険者は、委任状、領収書、購入した福祉用具を確認できる写真（撮影日入り）を添えて、支給の申請を行ってください。
- 6 福祉用具購入の給付費の支給については、購入後、支給申請をされてから、約2～4週間の期間を要します。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

支払方法 <small>※チェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 償還払い	<input type="checkbox"/> 受領委任払い
-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

フリガナ 被保険者氏名					保険者番号	422071
					被保険者番号	
					個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日				性別	男 ・ 女
住所	〒 平戸市					
要介護区分	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5	認定 期間	~			
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
1						
2						
3						
福祉用具が 必要な理由						専門相談員確認欄 氏名 <div style="text-align: right;">㊞</div>
平戸市長 様 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 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 <div style="text-align: right;">㊞ 電話番号</div>						

- (注) 1 この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 受領委任払いについては、購入前に受領委任払いについての承認を受けておく必要があります。

償還払いの居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んで下さい。

※ 受領委任払いの場合は記入不要です。

※ 本人以外の家族の口座等に振り込む場合は、裏面の委任状(償還払い用)が必要です。

償 還 払 い 口 座	銀行 農協・漁協 信用金庫	本店・支店 本所・支所 出張所	種別	口座番号
			1. 普通 2. 当座	
	郵便局(ゆうちょ銀行)	記号		番号
	フリガナ 口座名義人			

<市記入欄>

支給決定金額	備考

添付書類については、裏面をご覧ください。

注意事項

この申請書には、下記の書類の添付が必要です。

	償 還 払 い	受 領 委 任 払 い
事前申請時		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 購入する福祉用具のカタログ等 <input type="checkbox"/> その他、保険者から必要に応じて提出を求められる関係書類
完成後支給申請時	<input type="checkbox"/> 委任状（償還払い用） ※ 本人口座以外の家族等の口座に振り込む場合 <input type="checkbox"/> 領収書（福祉用具購入費全額支払い分） <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のカタログ等	<input type="checkbox"/> 介護保険福祉用具購入費の受領に係る委任状(受領委任払い用) ※ 必ず必要です <input type="checkbox"/> 領収書（受領委任払い承認通知に記載の、本人支払額を支払ったことが分かるもの） ※ 備考欄に、 『 但し 福祉用具購入費として 購入費〇〇〇円－介護保険給付費〇〇〇円 』 の記載があるもの <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具の写真(撮影日の入ったもの)

委 任 状

(償還払い用)

平成 年 月 日

私は、平成 年 月 日に申請した居宅介護(支援)福祉用具購入費の受領に関する

ことを下記の者に委任します。

申請者の住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人の住所 _____

申請者との続柄 _____

氏名 _____ (印)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

支払方法 <small>※チェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 償還払い	<input checked="" type="checkbox"/> 受領委任払い
-------------------------------------	-------------------------------	--

フリガナ	ヒラド タロウ			保険者番号	422071
被保険者氏名	平戸 太郎			被保険者番号	1200222222
生年月日	明・大・昭 13 年 12 月 17 日			個人番号	12345678912
住所	〒 859-5121 平戸市 岩の上町2000番地				
要介護区分	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5	認定 期間	平成27年4月1日 ~ 平成28年3月31日		
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	
1	ポータブルトイレ	田平(有) (有)生月	40,000円	平成27年4月30日	
2	シャワーベンチ	大島(有) (有)生月	40,000円	平成27年4月30日	
3					
福祉用具が 必要な理由					専門相談員確認欄 氏名 <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>
平戸市長 様 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。 <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">平成 28 年 1 月 4 日</div> 申請者 住所 平戸市岩の上町2000番地 (被保険者) 氏名 平戸 太郎 Ⓜ 電話番号 22-1234					

- (注) 1 この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 受領委任払いについては、購入前に受領委任払いについての承認を受けておく必要があります。

償還払いの居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んで下さい。

※ 受領委任払いの場合は記入不要です。

※ 本人以外の家族の口座等に振り込む場合は、裏面の委任状(償還払い用)が必要です。

償 還 払 い 口 座	銀行	本店・支店	種 別	口 座 番 号
	農協・漁協	本所・支所	1. 普通	
	信用金庫	出張所	2. 当座	
郵便局(ゆうちょ銀行)	記号		番号	
フリガナ				
口座名義人				

<市記入欄>

支給決定金額	備 考

添付書類については、裏面をご覧ください。

注意事項

この申請書には、下記の書類の添付が必要です。

	償 還 払 い	受 領 委 任 払 い
事前申請時		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 購入する福祉用具のカタログ等 <input type="checkbox"/> その他、保険者から必要に応じて提出を求められる関係書類
完成後支給申請時	<input type="checkbox"/> 委任状（償還払い用） ※ 本人口座以外の家族等の口座に振り込む場合 <input type="checkbox"/> 領収書（福祉用具購入費全額支払い分） <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のカタログ等	<input type="checkbox"/> 介護保険福祉用具購入費の受領に係る委任状(受領委任払い用) ※ 必ず必要です <input type="checkbox"/> 領収書（受領委任払い承認通知に記載の、本人支払額を支払ったことが分かるもの） ※ 備考欄に、 『 但し 福祉用具購入費として 購入費〇〇〇円－介護保険給付費〇〇〇円 』 の記載があるもの <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具の写真(撮影日の入ったもの)

委 任 状

(償還払い用)

平成 年 月 日

私は、平成 年 月 日に申請した居宅介護(支援)福祉用具購入費の受領に関する

ことを下記の者に委任します。

申請者の住所 _____

氏名 _____



代理人の住所 _____

申請者との続柄 _____

氏名 _____



介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

支払方法 <small>※チェックしてください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 償還払い	<input type="checkbox"/> 受領委任払い
-------------------------------------	--	---------------------------------

フリガナ 被保険者氏名	ヒラド タロウ 平戸 太郎		保険者番号	422071
生年月日	明・大・昭 13年12月17日		被保険者番号	1200222222
住所	〒 859-5121 平戸市 岩の上町2000番地		個人番号	12345678912
要介護区分	支1 介1 介2 介3 介4 介5	認定期間	平成27年4月1日 ~ 平成28年3月31日	
性別	男		女	
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	
1 ポータルトイレ	田平(有) (有)生月	40,000円	平成27年4月30日	
2 シャワーベンチ	大島(有) (有)生月	40,000円	平成27年4月30日	
3				
福祉用具が必要な理由	ポータルトイレ：脳梗塞による軽度の半身麻痺のため、居室からトイレまで伝い歩きするが、夜間トイレに間に合わない。居室にポータルトイレを置くことで失禁を防ぎたい。 シャワーベンチ：平成〇年〇月右大腿骨骨折により入院治療。術後早期からリハビリを行うも歩行障害が残る。足が曲げにくく、浴室の既存の低い椅子ではしゃがみこむ際に転倒の危険があり、また立ち上がり動作にも困難を来すため、安全に入浴できるようシャワーベンチを利用したい。			専門相談員確認欄 氏名 平戸 花子 花
平戸市長 様 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 28 年 1 月 4 日 申請者 住所 平戸市岩の上町2000番地 (被保険者) 氏名 平戸 太郎 平 電話番号 22-1234				

- (注) 1 この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 受領委任払いについては、購入前に受領委任払いについての承認を受けておく必要があります。

償還払いの居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んで下さい。
 ※ 受領委任払いの場合は記入不要です。
 ※ 本人以外の家族の口座等に振り込む場合は、裏面の委任状(償還払い用)が必要です。

償還払い口座	親和 銀行 平戸	本店・支店 種別	口座番号
	農協・漁協 信用金庫	本所・支所 出張所	1. 普通 2. 当座
	郵便局(ゆうちょ銀行)	記号	番号
	フリガナ 口座名義人	ヒラド タロウ 平戸 太郎	

<市記入欄>

支給決定金額	備考

添付書類については、裏面をご覧ください。

注意事項

この申請書には、下記の書類の添付が必要です。

	償 還 払 い	受 領 委 任 払 い
事前申請時		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 購入する福祉用具のカタログ等 <input type="checkbox"/> その他、保険者から必要に応じて提出を求められる関係書類
完成後支給申請時	<input type="checkbox"/> 委任状（償還払い用） ※ 本人口座以外の家族等の口座に振り込む場合 <input type="checkbox"/> 領収書（福祉用具購入費全額支払い分） <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のカタログ等	<input type="checkbox"/> 介護保険福祉用具購入費の受領に係る委任状(受領委任払い用) ※ 必ず必要です <input type="checkbox"/> 領収書（受領委任払い承認通知に記載の、本人支払額を支払ったことが分かるもの） ※ 備考欄に、 『 但し 福祉用具購入費として 購入費〇〇〇円－介護保険給付費〇〇〇円 』 の記載があるもの <input type="checkbox"/> 購入した福祉用具の写真(撮影日の入ったもの)

委 任 状

(償還払い用)

平成 年 月 日

私は、平成 年 月 日に申請した居宅介護(支援)福祉用具購入費の受領に関する

ことを下記の者に委任します。

申請者の住所

氏名

印

代理人の住所

申請者との続柄

氏名

印

介護保険福祉用具購入費の受領に係る委任状 (受領委任払い用)

平成 年 月 日

平戸市長 様

【委任欄】

私は、平成 年 月 日、 第 号にて受領委任払いの承認を受けている福祉用具購入については、支給申請書のとおり購入し、その給付費の受領については、同じく承認を受けている、下記の事業者委任します。

委任者 (被保険者)	被保険者番号	
	住所	平戸市
	氏名	Ⓜ

【受任承諾欄】

上記の内容について受任いたします。

受任業者 (事業者)	住所			
	事業者名	電話番号 ()		
	代表者名	Ⓜ		
振込先	銀行 農協・漁協 信用金庫	本店・支店 本所・支所 出張所	種別	口座番号
	郵便局(ゆうちょ銀行)	記号	1. 普通 2. 当座	番号
	フリガナ 口座名義人			

※ 振り込む通帳に書いている通りの名義を書いてください。(フリガナ含む)

介護保険給付費の支払を行う際の注意事項

- 注 1) 福祉用具購入費の給付費の支給については、購入後、支給申請をされてから、約2~4週間の期間を要します。
- 注 2) 事前申請の購入する福祉用具の内容や金額に変更が生じた場合は、変更内容を再度申請していただくことが必要です。申請がない場合は、福祉用具購入費の支給対象となりませんのでご注意ください。
- 注 3) 福祉用具購入費の給付費の支給には、福祉用具購入後、被保険者本人が、自宅で生活を送っていることが条件になりますので、事前申請で購入の承認を受けている場合でも、施設入所・入院をされている場合は支給要件に該当しませんのでご注意ください。

介護保険住宅改修費の受領に係る委任状 (受領委任払い用)

平成 28 年 2 月 1 日

平戸市長 様

【委任欄】

私は、平成 28 年 1 月 1 日、27 承認 第 1 号にて受領委任払いの承認を受けている福祉用具購入については、支給申請書のとおり福祉用具を購入し、その給付費の受領については、同じく承認を受けている、下記の事業者委任します。

委任者 (被保険者)	被保険者番号	1200ZZZZZZ
	住所	平戸市 岩の上町2000番地
	氏名	平戸 太郎 (平) (印)

【受任承諾欄】

上記の内容について受任いたします。

受任業者 (事業者)	住所	平戸市大久保町10		
	事業者名	(有) 生月	電話番号	(22-9999)
	代表者名	代表取締役 生月 一郎	(生) (印)	
振込先	銀行	親和 平戸	種別	口座番号
	農協・漁協 信用金庫	本店・支店 本所・支所 出張所	1. 普通 2. 当座	555555
	郵便局 (ゆうちょ銀行)	記号	番号	
	フリガナ	ユ) イ キ ツ キ		
	口座名義人	(有)	生 月	

※ 振り込む通帳に書いている通りの名義を書いてください。(フリガナ含む)

介護保険給付費の支払を行う際の注意事項

- 注 1) 福祉用具購入費の給付費の支給については、購入後、支給申請をされてから、約2~4週間の期間を要します。
- 注 2) 事前申請の購入する福祉用具の内容や金額に変更が生じた場合は、変更内容を再度申請していただくことが必要です。申請がない場合は、福祉用具購入費の支給対象となりませんのでご注意ください。
- 注 3) 福祉用具購入費の給付費の支給には、福祉用具購入後、被保険者本人が、自宅で生活を送っていることが条件になりますので、事前申請で購入の承認を受けている場合でも、施設入所・入院をされている場合は支給要件に該当しませんのでご注意ください。