

様式第2号、3号とあわせて請求時に市へご提出ください。

記入例

様式第1号（第3条関係）

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書 （受領委任用）

フリガナ	カイゴ ハナコ	保険者番号	322065
被保険者氏名	介護 ハナコ	被保険者番号	0000XXXXXX
生年月日	昭和 5年 1月 X日		
住所	〒692-0404 安来市広瀬町広瀬703番地 電話番号 0854-32-XXXX		
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
ポータブルトイレ XXX	SSS 製造事業所 TTT 販売事業所	100,000 円	平成22年 11月 XX日
福祉用具が必要な理由 術後のため、ADL低下し・・・・・・・・ etc			
安来市長 様			
上記のとおり福祉用具を購入したので、居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給の申請関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。			
平成22年11月 XX日			
申請者	住所	安来市広瀬町広瀬703番地	
	氏名	介護 ハナコ	
注 意			
委任状（様式第2号）、受領委任に関する確認書（様式第3号）、福祉用具購入品目の総費用額明細書、福祉用具購入に係る領収書及び購入した福祉用具を確認できるパンフレット等を添付してください。			
「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。			
欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。			

自書ください。難しい場合は余白に「代筆者氏名」と「本人との関係」を記載ください。

提出の際、ご注意ください。

網かけの部分を
ご記入ください

記入例

様式第2号（第3条関係）

様式第1号、3号とあわせて請求時に市へご提出ください。

委任状

平成22年11月XX日

安来市長 様

購入前に受任者の承諾を得てください。

自書ください。難しい場合は余白に「代筆者氏名」と「本人との関係」を記載ください。

委任者 住 所 安来市広瀬町広瀬703番地
被保険者番号 0000XXXXXX
氏 名 介護 ハナコ

私が申請しました、介護保険給付費のうち福祉用具購入費につきましては、受領に関する一切の権限を下記受任者に委任します。

受任者の事業者名及び代表者名	事業者名 UUU 事業所 代表者名 安来 UUU	
受任者の住所	安来市 伯太町 東母里 580番地	
受任者の振込指定口座番号記入欄	銀行・金庫 本店・代理店 * * 信組・農協 ☆ ☆ 支店・出張所	
	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	口座番号 0 0 0 0 0 0 1
	(フリガナ) 口座名義人	ヤスギ uuu 安来 U U U

網かけの部分をご記入ください

受領委任払のため受任者の口座の情報等をご記入ください。

様式第1号、2号とあわせて請求時に市へご提出ください。

様式第3号（第3条関係）

記入例

受領委任に関する確認書

安来市長 様

フリガナ	カイゴ ハナコ	被保険者番号
被保険者氏名	介 護 ハ ナ コ	0 0 0 0 X X X X X X
生年月日	昭和 5年 1月 X日	
住 所	安来市広瀬町広瀬703番地	
要介護状態区分	要支援 2	
認定有効期間	平成22年 4月 1日～平成23年 3月31日	
購入費用 (保険給付対象分)	100,000円	購入品目
		ポータブルトイレ XXX

上記の被保険者の福祉用具購入費受領委任払制度利用につき、安来市介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給に係る受領委任払制度取扱要綱第2条に規定する対象者の要件について確認し、販売事業者と必要な連絡調整を行うことについて同意します。

購入前に担当ケアマネジャーの同意を得てください。

網かけの部分をご記入ください

平成22年11月XX日

届 出 者 住 所 安来市 安来町 878番地2
(指定居宅介護支援事業所) 事業所名 SSS事業所
電話番号 0854-23-XXXX
介護支援専門員氏名 安 来 一 子

記名押印または署名としてください。

対象者の要件・・・

- (1) 要介護認定又は要支援認定を受けていること。
- (2) 介護保険料滞納がないこと。
- (3) 福祉用具を購入する際に、介護保険施設に入所又は医療機関に入院をしていないこと。
- (4) 担当する介護支援専門員及び販売事業者の福祉用具購入費受領委任払制度に係る同意を得ていること。