

介護保険福祉用具購入費支給申請書

【受領委任払用】

年度分

被保険者	フリガナ		保険者番号	4 0 1 3			
	氏名			被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭	年		月	日	
本人の状況		在宅・入所（入院）中					
必要な理由							
特定（介護予防）福祉用具販売事業者名		特定（介護予防）福祉用具販売事業者番号		4 0			
種目※	商品名	製造事業者名		購入金額	購入日		
				円	平	年	月 日
				円	平	年	月 日
				円	平	年	月 日
		購入金額合計		円			

※種目には次の番号を記載（1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分
6. 排泄予測支援機器 7. スロープ 8. 歩行器 9. 歩行補助つえ）

上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。

令和 年 月 日

（あて先）

福岡市 区長 申請者 住所 福岡市 区

氏名

日中の連絡先（電話）

なお、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領は、下記の者に委任します。

（販売事業者）	住所	〒			電話	
	名称	代表者職氏名				
振込先	金融機関コード	店鋪コード		普通	口座番号	
	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	店鋪名	本店支店		
	フリガナ					
	口座名義人					

保険者処理欄

受付年月日		給付制限		【介・支】（ → ）	□事業者指定状況確認
令和 年 月 日		□無 □有（償還払・差止・給付減額）		今回購入費用査定額（10万円を限度）	A 円
		既支給種目		既に支給した福祉用具購入費の額 （ 円）の（ ）分の100の額	B 円
		□無 □有		支給限度基準額の残額 （10万円-B）	C 円
		種目（ ）		保険給付対象額 （AまたはCのいずれか低い額）	D 円
購入日（ ）		支給決定額（D× %）		円	
決裁	課長	係長	係員	受付	支給
					起案
					決裁
					決定通知
				不支給	支給

※太枠欄のみ記入してください。
※受任者は福岡県又は福岡市・北九州市・久留米市のいずれかによる指定を受けた特定福祉用具販売事業者であること。