

申請書の確認に影響が出ますので、様式の加工(セルの結合など)は行わないでください。

介護保険福祉用具購入費支給申請書 【受領委任払用】 令和6 年度分

被保険者	フリガナ	フクオカ タロウ		保険者番号	4 0 1 3 3 1									
	氏名	福岡 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	生年月日	明・大・昭	25 年 8 月 8 日											
本人の状況		在宅 入所(入院)中												
必要な理由		下肢筋力低下に伴う立ち座り動作の負担を軽減するため												
特定(介護予防)福祉用具販売事業者名		株式会社天神				特定(介護予防)福祉用具販売事業者番号		4 0 7 6 5 4 3 2 1 0						
種目※	商品名	製造事業者名			購入金額		購入日							
1	〇〇補高便座	株式会社◆◆◆			20,000 円		平 6 年 4 月 1 日 令							
3	シャワーチェア★★	□□□株式会社			14,000 円		平 6 年 4 月 1 日 令							
					34,000 円									

該当する種目の番号を下記の1~9から選択し記入してください。
購入商品が4つ以上ある場合は、2枚目をご使用ください。

「令」を○で囲んでください。

※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 6 年 4 月 1 日
(あて先)

福岡市 中央 区長 申請者 住所 福岡市 中央 区 天神1丁目8番1号

4桁の金融機関(銀行)コードと3桁の店舗(支店)コードを記載してください

福岡 太郎
(電話 092-●●●-▲▲▲▲)

なお、上記の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)	810-8622			電話	092-718-1102										
	福岡市中央区大名2丁目5番31号														
名称	株式会社天神			代表者職氏名	代表取締役 天神花子										
振込先	金融機関コード	1	2	3	4	店舗コード	5	6	7	普通	口座番号				
	金融機関名	博多 銀行 農協 金庫・組合			店舗名	天神 本店 支店			当座	0	0	1	2	3	4
フリガナ		カブシキガイシャテンジン ダイヒョウトリシマリヤク テンジン ハナコ													
口座名義人		株式会社天神 代表取締役 天神 花子													

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
-------	------	----------	-----------

～介護保険を利用して福祉用具を購入したことがある方へ～
過去の支給実績が下記の場合、福祉用具購入費を支給できない場合がありますので、購入前に確認しておくことをおすすめします。
○年度の支給限度額(10万円)を超過している、または残額不足である。
○今回購入予定の商品が、以前に介護保険を利用して購入したものと同種である。

支給	不支給	支給	令和 年 月 日
----	-----	----	----------

※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。