

様式第2号 (第6条関係)

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払い用)

フリガナ						保険者番号					1	1	3	4	2	3					
被保険者氏名						被保険者番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女															
住所	〒 嵐山町																				
指定販売事業者名										事業者番号											
商品名 (品番)	種目※	製造事業者名			購入金額			購入年月日													
										円			年			月			日		
福祉用具が必要な理由																					
指定販売事業者名										事業者番号											
商品名 (品番)	種目※	製造事業者名			購入金額			購入年月日													
										円			年			月			日		
福祉用具が必要な理由																					
<p>嵐山町長 様</p> <p>上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。</p> <p>なお、支給決定通知書の内容について、販売業者にも知らせることを了承します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 (被保険者) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊞ 電話番号</p>																					

(添付書類)

- 介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書 (様式第1号)
 - 福祉用具の内容を確認できる書面 (カタログ・パンフレット等を含む。)
 - 福祉用具サービス計画書
 - 福祉用具の見積書
 - 被保険者負担額に係る領収書
- (介護保険適用額の100分の10、100分の20又は100分の30の額を併記したもの)

町記入欄

保険料滞納	有 ・ 無	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
支給限度額		円	今回支給対象額	円
既支給済額		円	支給決定額	円
支給残額		円		

※ 種目は、次の番号で記入してください。

- ①腰掛便座 ②特殊尿器 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

様式第1号（第3条関係）

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書

年 月 日

嵐山町長 様

委任者（被保険者）

被保険者番号

住 所

氏 名

㊞

福祉用具購入費又は住宅改修費の受領について、下記の者に委任します。なお、当該支給について不支給の決定を受けたときは、速やかに事業者に代金の不足分を支払います。

受任者（販売又は施工 事業者）

所 在 地

名 称

代表者氏名

㊞

電 話 番 号

上記の委任者（被保険者）が介護保険による福祉用具購入又は住宅改修を行うに当たり、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。なお、当該支給について不支給の決定を受けたときは、費用の不足分は、委任者（被保険者）から受領します。また、介護保険法等関係法令を遵守し、違反事項があった場合は、速やかに受領金額の返還に応じます。

記

費用の取扱いは、以下のとおりとします。

- 1 福祉用具販売又は住宅改修工事完了後、上記の委任者（被保険者）に対し、被保険者負担額を請求します。
- 2 当該保険給付額は、様式第5号又は様式第9号の請求書により町長に請求します。

様式第5号 (第7条関係)

年 月 日

嵐山町長 様

請求者 所在地
 (事業者) 名称
 代表者氏名
 電話番号

印

介護保険福祉用具購入費請求書

介護保険福祉用具購入費(受領委任払い)として、下記のとおり請求いたします。

請求金額	円		
被保険者氏名		被保険者番号	
販売額		被保険者負担額 (1割、2割又は3割)	保険給付額 (9割、8割又は7割)
円		円	円
			※1円未満切捨て

※ 利用限度額は、同一年度内10万円(請求金額は、9万円、8万円又は7万円)

振 込 先 金 融 機 関	銀行	本店
	信用金庫	支店
	組合	出張所
	当座・普通	
	フリガナ	
	名義人	

～請求書記入例～

※支給決定通知書が送付されましたら、提出してください。

様式第5号（第7条関係）

支給決定通知日以降の日付
を入れて請求してください。

年 月 日

嵐山町長 様

請求者 所在地 嵐山町大字〇〇××番地
(事業者) 名称 株式会社 嵐山
代表者氏名 嵐山 太郎
電話番号 0493-62-〇〇〇〇

代表者印と会社印
の両方を捺印して
ください。

介護保険福祉用具購入費請求書

介護保険福祉用具購入費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

請求金額	45,000 円		
被保険者氏名	武蔵 花子	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇
販売額		被保険者負担額 (1割、2割又は3割)	保険給付額 (9割、8割又は7割)
50,000円		5,000円	45,000円 ※1円未満切捨て

※ 利用限度額は、同一年度内10万円（請求金額は、9万円又は7万円）

※金額は1割負担の場合の例です。

振 込 先 金 融 機 関	銀行 信用金庫 組合		
	当座・普通		
	フリガナ		
名義人			

・請求金額と保険給付額は同額です。
・被保険者負担額はご本人様が支払った金額になります。
・複数購入した場合は合算した金額をご請求ください。

※ 振込先金融機関も必ずご記入ください。