

香取市福祉用具購入費等(特定福祉用具)受領委任払い支給申請書

フリガナ			保険者番号			1	2	2	3	6	6
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	年 月 日		性別	男・女							
住所	〒										
	電話番号										
要介護状態区分											
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										
種目名	製造事業者名		購入金額		購入日						
商品名	販売指定事業者名		(被保険者自己負担分)								
			円								
			円								
			円								
			円								
福祉用具が必要な理由											
<p>香取市長様</p> <p>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。</p> <p>また、本申請に基づく福祉用具購入費支給の受領に関する権限を下記受任者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 (兼受領委任者) 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>※氏名は自署してください。</p>											
受領受任者	住所		〒		登録番号						
	事業者名										
	代表者名		電話番号								

注意事項

- この申請書の他に、  
購入費用額明細書(販売金額・自己負担額・保険給付額の内訳が分かる書類)  
自己負担額分(1割、2割又は3割分)の領収書  
福祉用具のパンフレット  
等を添付してください。
- 購入金額については、被保険者自己負担額を記入してください。
- 「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。  
なお、欄内に記載が困難な場合は、別紙に記入のうえ、申請書に添付してください。
- 特定福祉用具販売指定居宅サービス事業者で購入した場合に限り支給されます。
- 受領委任者への支払いは、事業者登録時に登録いただいた口座へ振込みになります。

受領委任払い( 福祉用具購入 ・ 住宅改修 )に係る購入費用額明細書

年 月 日

香取市長 様

住 所

事業者名

代表者名

今回の( 福祉用具購入 ・ 住宅改修 )に係る費用総額及び内訳は、次の通りです。

被保険者番号				
被保険者氏名				
品名 (住宅改修の場合は空欄)	【A】改修費用額・福祉用具販売金額	【B】対象外経費	給付対象額(【A】-【B】)	
	説明		【C】介護保険給付額	【D】被保険者自己負担額
	福祉用具購入・住宅改修に係る費用総額(消費税込)	【A】のうち、介護保険給付対象外経費及び給付限度額を超える額	$(【A】-【B】) \times 0.9、0.8$ 又は $0.7$ (小数点以下切り捨て)	【A】-【B】-【C】
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

# マイナンバー委任状

年 月 日

申請者  
住所  
氏名

※氏名は自署してください。

私は、(受領委任払い取扱い事業所担当者氏名 \_\_\_\_\_)が  
別紙「香取市福祉用具購入費等(特定福祉用具)受領委任払い支給申請書」に  
個人番号を記載し、関係書類とともに提出を行うことを委任いたします。