介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

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			要介護度等									
認定有効期間	～											
住所	電話番号											

福祉用具名（種目名及び商品名）	特定福祉用具販売事業者指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
(TAISコード　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　)			円	年　月　日
(TAISコード　　)			円	年　月　日

福祉用具が必要な理由	

香取市長　様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

年　　月　　日

〒

所在地

登録番号				

申請者
(受領委任事業所)　事業所名　　電話番号

代表者氏名

上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。

被保険者氏名

注意　・この申請書の裏面に領収証、福祉用具の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、個々の福祉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。
・受領委任事業所への支払いは、事業所登録時に登録いただいた口座への振り込みになります。

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】)	
				【C】介護保険給付額	【D】被保険者自己負担額
	説明	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】)×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。