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	カトリ　タロウ	保険								3	6	6
被保険者氏名	香取　太郎	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		個人番号										
生年月日	●●年●●月●●日	要介護度等										
認定有効期間	●●年●●月●●日～●●年●●月●●日											
	〒287-8501											

被保険者の情報を記入してください。

個人番号の記載は不要です。

TAISコード、事業者指定番号（10桁）の記載をお願いします。

電話番号　0478（50）1111

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
腰掛便座（TAISコード　）	●●●●●●●●●●	●●●●株式会社 株式会社カトリ	15,000円	●年●月●日
（TAISコード　）			円	年　月　日
（TAISコード　）				

製造事業者と販売事業者両方記載してください。

福祉用具が必要な理由を記入してください。
（原因となる既往・疾患、現在の状況、どのようにしたいのかを記入してください。）

福祉用具が必要な理由	●月上旬に自宅内で転倒。転倒時に左足を骨折し、歩行が困難となっている。 腰掛便座をベッドサイドに設置し、安全に排泄ができるように購入する。

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

香取市の登録番号記載してください。

●●年●●月●●日

〒287-8501

所在地　香取市佐原ロ2127番地

登録番号	S	●	●	●

申請者（受領委任事業所）

事業所名　株式会社カトリ　　電話番号　0478（50）1208

代表者氏名　香取　一郎

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

被保険者の氏名を記載してください。

被保険者氏名　香取　太郎

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

受領受任者（登録事業者）の住所・名称・代表者名等を記入してください。

所　香取市佐原ロ2127番地

事業者名　株式会社カトリ

代表者名　香取　一郎

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。

被保険者の情報を記入してください。

被保険者番号	9999999999
被保険者氏名	香取　太郎

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】
腰掛便座A型 KIG−010		15,000 円	0 円	13,500 円	1,500 円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
				円	円
合計		15,000 円	0 円	13,500 円	1,500 円

この欄の金額（9割、8割又は7割分）が、受領委任者へ支払われる金額となります。

マイナンバー委任状

●●年　●●月　●●日

申請者
住所　香取市佐原ロ2127番地
氏名　香取　太郎
※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。