

福祉用具購入支給申請に必要な書類の記入例

居宅介護 介護保険介護予防福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ	タカマツ ハナコ		保険者番号	3	7	2	0	1	1					
	氏名	高松 花子		マイナンバーを記入してください。	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
	生年月日	昭和 3年 2月 1日		個人番号	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5
	負担割合	1割													
住所	〒760-8571 高松市番町1丁目8-15		電話番号	受領委任払いの場合は、10割の金額と1割・2割又は3割の金額（1円未満の端数は切上げ）を記入してください。											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入												
シャワーチェア	マロン化成/□□(株)		15,000円 1,500円	令和4年 1月12日											
用具ごとに製造事業者名及び販売事業者名を記入してください。			円	年 月 日											
			円	年 月 日											
福祉用具を必要とする理由	下肢筋力低下のため、入浴時の身体安定のためにシャワーチェアが必要														
個々の用具ごとに記入してください。	えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。														
	令和4年 1月20日														
申請者 住所	高松市番町1丁目8-15					電話番号 087-839-2326									
氏名	高松 花子														

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の支払方法により処理してください。

支払方法 依頼欄	<input checked="" type="checkbox"/> 償還払い（口座振替）																		
	<input type="checkbox"/> 受領委任払い（口座振替）																		
	口座振替先	〇〇	銀行 農協	△△	本店 支店	種目	口座番号												
		金融機関コード				店舗コード		①									②		
		1	2	3	4	9	9	9									5	6	
フリガナ				タカマツ ハナコ		被保険者の口座に振り込みます。 被保険者以外の方への振込みは 委任状が必要になります。													
口座名義人				高松 花子															

- 注 (1) この申請書の裏面に、領収証及び当該福祉用具のパフレット等を添付してください。
 (2) 「福祉用具を必要とする理由」欄は、個々の用具ごとに記載してください。
 欄に記載しきれないときは、裏面に記載してください。
 (3) 受領委任払いによる場合は、所定の委任状を添付してください。

別記様式（第4条関係）

市役所への提出日

令和4年1月20日

(宛先) 高松市長

申出者（委任者） 住 所 高松市番町一丁目8番15号

氏 名 高松 花子

高松印

市役所への提出日

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する委任状

私は、次の者に令和4年1月20日の申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。

受任者 住 所 高松市△△町123番地

氏 名 (有) ○△商会
代表取締役 三角 丸男

代表者印
○△商会
代表者印

(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

電話番号

(受領委任払い用)

領収証記入例

申請者(被保険者)の 名前		領 収 証		領収日は必ず記入し てください。	
高松 花子 様		令和 年 月 日		収入印紙	
領収金額		¥	1	5	000
但し、マロン化成製 安定シャワーチェア					
上記金額正に領収致しました					
高松市△△町 123番地					
(有)○△商会					
代表取締役 三角 丸男 印					

償還払いの場合は、
販売金額全額

受領委任払いの場合は、1割・2割又
は3割の自己負担額（1円未満の端数
は切上げ）+対象外の金額の合計金額

複数用具購入の場合は
各用具ごとに用具名、製
造事業者、領収金額内
訳を記入してください。

業者印を押印してくださ
い。