

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※裏面にも記載欄がありますので、必ず記載してください。

フリガナ		保険者番号	1 3 2 0 4 3		
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)			
住 所	三鷹市				
購入する福祉用具 (種目及び商品名)	製造事業者名	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	<p>※個々の用具ごとに記載してください。                  ※原則、同一品目の再購入は認められません。身体状況の変化等により再購入が必要な場合は、事前相談が必要です。購入前に、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請事前相談申出書」をご提出ください。                  ※年間の購入上限額は10万円となります。9万円以上の高額高機能製品の購入が必要な場合は、裏面に理由・必要状況を記載してください。</p>				
販売事業者	事業者名		所在地		
	事業所番号		電話番号	担当者名	
<p>(あて先) 三鷹市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、【償還払い・受領委任払い（いずれかに○）】で居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請しますので、裏面記載の口座に振り込んでください。</p> <p>なお、受領委任払いを希望する場合は、本件の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領について、裏面記載の福祉用具販売事業者委任状に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話番号</p>					
連絡先 (日中連絡がつく連絡先)	氏 名	被保険者から見た関係	電話番号		

代理人を定めて申請する場合は、上記の事項について下記の者に委任します。

代理人氏名 被保険者から見た関係

**【三鷹市記入欄】**

要介護区分・認定期間	負担割合	対象費用額	支給予定額	利用者負担額	審査結果	受付印
<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	割				<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 不決定	<input type="checkbox"/> 審査 <input type="checkbox"/> 入力
実績 あり・なし 同一種目 あり・なし	<input type="checkbox"/> 相続人代表者届 <input type="checkbox"/> 委任状		受付			

(裏)

口座振替 依頼欄	銀行名	支店名	口座種目	口座番号
	銀行・信用金庫	本店 支店	普通 ・ 当座	
	金融機関コード*	支店コード*		
	フリガナ			
口座名義人				

※償還払いの場合、被保険者本人の口座をご指定ください。本人以外の口座を指定する場合は、委任状（別紙）が必要です。

※受領委任払いの場合、合意書締結時に登録した口座をご指定ください。

【受領委任払いを希望する場合は、必ず記入してください。】

受任者 (販売事業者) ※法人名、法人代表者名	事業者名
	代表者名

※三鷹市と受領委任払いに係る合意書を取り交わしている事業者に限ります。

申請の際は、以下の添付書類が必要です。申請前にご確認ください。

- ① 被保険者あての領収証(償還払い:購入費用全額、受領委任払い:利用者負担額分の金額)
- ② 購入した福祉用具のカタログ・パンフレット等

<オーダーによるすのこの場合>

- ①、②に加え、●浴室の図面＋●内訳明細書(詳細が記載されたもの)＋
- 設置前後の全体の状態が確認できるもの、及び段差部分にスケールをあてたものの日付入り写真をご提出願います。

●購入金額が9万円以上の場合には、担当ケアマネジャーに高額高機能製品が必要な理由や状況を確認して記入してください。直接記入できない場合は、様式問わず別紙でのご提出でも構いません。

高額・高機能製品購入が 必要な理由・状況等			
担当ケアマネジャー		事業所名	

※市から担当ケアマネジャーに追加で問い合わせをする場合があります。

# 介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

※裏面にも記載欄がありますので、必ず記載してください。



ミタカ タロウ	保険者番号	1 3 2 0 4 3
三鷹 太郎	被保険者番号	0000099999
昭和10年1月1日	個人番号 (マイナンバー)	000000000000
三鷹市 野崎1-1-1		

購入する福祉用具 品目及び商品名	製造事業者	購入金額は全額(10割)を記載 してください。	購入金額	購入日
入浴補助用具シャワーチェア (TAISコード: 123-4567)	製造事業者	販売事業者	20,000 円	〇〇年 〇月 〇日
(TAISコード: )			円	年 月 日
(TAISコード: )			円	年 月 日

・同一品目の商品は原則購入できません。  
・TAISコードの付与された商品が購入できます。特段の事情があり、それ以外の商品を購入する必要がある場合は、事前にご相談ください。

福祉用具が必要な理由

例) 〇〇〇〇により入院し、下肢身体が低下したため、低い位置からの立ち座りが困難となり、歩行が困難となり、日常生活が営むことができません。〇〇〇〇にはご本人の病状や心身の様子等を詳しく記載してください。

※個々の用具ごとに記載してください。  
※原則、同一品目の再購入は認められません。身体状況の変化等により再購入が必要な場合は、事前相談が必要です。購入前に、「介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請事前相談申出書」をご提出ください。  
※年間の購入上限額は10万円となります。9万円以上の高額高機能製品の購入が必要な場合は、裏面に理由・必要状況を記載してください。

販売事業者	事業者名	所在地
	事業所番号	電話番号

販売事業者: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
所在地: 三鷹市下連雀〇-〇-〇  
電話番号: 0422-〇-〇〇〇  
担当者名: 〇〇

(あて先) 三鷹市長

上記のとおり関係書類を添えて、【償還払い・受領委任払い (いずれかに〇)】で居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請しますので、裏面記載の口座に振り込ませてください。支払方法を必ず確認してください。それにより事業者が被保険者から受領する金額が変わります。

なお、受領委任払いを希望する場合は、本件の居宅介護で福祉用具販売事業者に委任します。

申請者 (被保険者) 住所: 三鷹市野崎1-1-1  
氏名: 三鷹 太郎  
電話番号: 0422-〇-〇〇〇〇

連絡先 (日中連絡がつく連絡先)	氏名	被保険者から見た関係	電話番号
	三鷹 花子	妻	090-〇〇-〇〇〇〇

代理人を定めて申請する場合は、上記の事項について下記の者に委任します。

代理人氏名: △△ △△ 被保険者から見た関係: 福祉用具販売事業者

【三鷹市記入欄】

要介護区分・認定期間	負担割合	対象費用額	支給予定額	利用者負担額	審査結果	受付印
□要支援 □要介護	割				□決定 □不決定	
実績 あり・なし 同一种目 あり・なし	□相続人代表者届 □委任状		受付		審査 入力	

(裏)

口座振替 依頼欄	銀行名	支店名	口座種目	口座番号
	三鷹 銀行・信用金庫	市役所 本店支店	普通	1234567
	金融機関コード	支店コード	当座	
	フリガナ	ミタカ タロウ		
口座名義人	三鷹 太郎			

本人名義の口座をご記入ください。  
本人以外の口座への振込みを希望する場合は、別途委任状が必要です。

※償還払いの場合、被保険者本人の口座をご指定ください。本人以外の口座を指定することはできません。

※受領委任払いの場合、合意書締結時に登録した口座をご指定ください。

【受領委任払いを希望する場合は、必ず記入してください。】

受任者 (販売事業者) ※法人名、法人代表者名	事業者名 代表者名	<b>記入不要</b>
-------------------------------	--------------	-------------

※三鷹市と受領委任払いに係る合意書を取り交わしている事業者に限ります。

申請の際は、以下の添付書類が必要です。申請前にご確認ください。

- ① 被保険者あての領収証(償還払い:購入費用全額、受領委任払い:利用者負担額分の金額)
- ② 購入した福祉用具のカタログ・パンフレット等

<オーダーによるすこの場合>

- ①、②に加え、●浴室の図面＋●内訳明細書(詳細が記載されたもの)＋●設置前後の全体の状態が確認できるもの、及び段差部分にスケールをあてたものの日付入り写真をご提出願います。

●購入金額が9万円以上の場合には、担当ケアマネジャーに高額高機能製品が必要な理由や状況を確認して記入してください。直接記入できない場合は、様式問わず別紙でのご提出でも構いません。

高額・高機能製品購入が 必要な理由・状況等			
担当ケアマネジャー		事業所名	

※市から担当ケアマネジャーに追加で問い合わせをする場合があります。

受領委任払い方式  
記入例

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※裏面にも記載欄がありますので、必ず記載してください。

氏名	ミダカ タロウ <b>三鷹 太郎</b>	保険者番号	1 3 2 0 4 3	
生年月日	昭和10年1月1日	被保険者番号	0000099999	
住所	三鷹市 野崎1-1-1			
購入する福祉用具 目及び商品名	製造事業者	購入金額は全額（10割）を記 載してください。		購入金額
入浴補助用具シャワーチェア (TAISコード： 123-4567)	製造事業者	販売事業者	20,000円	〇〇年 〇月 〇日
(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	<p>例) 〇〇〇〇により入院し、下肢身体機能が低下した。 低い位置からの立ち座りが困難となる。 〇〇〇〇にはご本人の病状や心身の様子を詳しく記載してください。</p> <p>必要とする。</p> <p>※個々の用具ごとに記載してください。 ※原則、同一品目の再購入は認められません。身体状況の変化等により再購入が必要な場合は、事前相談が必要です。購入前に、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請事前相談申出書」をご提出ください。 ※年間の購入上限額は10万円となります。9万円以上の高額高機能製品の購入が必要な場合は、裏面に理由・必要状況を記載してください。</p>			
販売事業者	事業者名 <b>販売事業者</b>	所在地	<b>三鷹市下連雀〇-〇-〇</b>	
	事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	0422-〇-	担当者名 〇〇
<p>(あて先) 三鷹市長 上記のとおり関係書類を添えて、【償還払い・<b>受領委任払い</b>（いずれかに〇）】で居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請しますので、裏面記載の口座に振り込んでください。 なお、受領委任払いを希望する場合は、本件の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請書に「受領委任払い」の欄に記入し、裏面に記載の福祉用具販売事業者に委任します。</p> <p>〇〇年 〇月 〇日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 <b>三鷹市野崎1-1-1</b> 氏名 <b>三鷹 太郎</b> 電話番号 <b>0422-〇-〇〇〇</b></p> <p>連絡先 (日中連絡がつく連絡先) 氏名 <b>三鷹 花子</b> 被保険者から見た関係 <b>妻</b> 電話番号 <b>090-〇〇-〇〇〇〇</b></p>				

代理人を定めて申請する場合は、上記の事項について下記の者に委任します。

代理人氏名 **△△ △△** 被保険者から見た関係 **福祉用具販売事業者**

要介護区分・認定期間		負担割合	対象費用額	支給予定額	利用者負担額	審査結果	受付印
<input type="checkbox"/> 要支援		割				<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 不決定	
<input type="checkbox"/> 要介護						審査 入力	
実績 あり・なし		<input type="checkbox"/> 相続人代表者届			受付		
同一種目 あり・なし		<input type="checkbox"/> 委任状					

(裏)

口座振替 依頼欄	銀行名	支店名	口座種目	口座番号	
	三鷹 <small>銀行・信用金庫</small>	市役所 <small>本店</small>	普通 <small>支店</small>		1234567
	<small>金融機関コード*</small>	<small>支店コード*</small>	当座		
	フリガナ	カ)△△△			
口座名義人	(株)△△△			合意書締結時に登録した販売事業者の口座をご記入ください。	

※償還払いの場合、被保険者本人の口座をご指定ください。本人以外の口座( )が必要で  
す。

※受領委任払いの場合、合意書締結時に登録した口座をご指定ください。

【受領委任払いを希望する場合は、必ず記入してください。】

受任者 (販売事業者) <small>※法人名、法人代表者名</small>	事業者名 販売事業者	代表取締役 □□	受領委任払いの場合は必ず記入してください。事前に事業者が三鷹市と合意書を取り交わしている必要があります。
	代表者名		

※三鷹市と受領委任払いに係る合意書を取り交わしている事業者に限ります。

申請の際は、以下の添付書類が必要です。申請前にご確認ください。

- ① 被保険者あての領収証(償還払い:購入費用全額、受領委任払い:利用者負担額分の金額)
- ② 購入した福祉用具のカタログ・パンフレット等

<オーダーによるすこの場合>

- ①、②に加え、●浴室の図面＋●内訳明細書(詳細が記載されたもの)＋
- 設置前後の全体の状態が確認できるもの、及び段差部分にスケールをあてたものの日付入り写真をご提出願います。

●購入金額が9万円以上の場合には、担当ケアマネジャーに高額高機能製品が必要な理由や状況を確認して記入してください。直接記入できない場合は、様式問わず別紙でのご提出でも構いません。

高額・高機能製品購入 が 必要な理由・状況等	
担当ケアマネジャー	事業所名

※市から担当ケアマネジャーに追加で問い合わせをする場合があります。