

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	レイワ ハチロウ	保険者番号					1	3	2	0	8	4
被保険者氏名	令和 八郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	大・昭・平 8年8月8日	電話番号	()									
住所	調布市 小島町2丁目35番地1 わかめコーポ101											

購入商品名 種目名に丸、TAISコード	製造事業者名 指定販売店事業者番号	販売事業者名	商品ごとの 合計購入金	領収書の日付を記入。 購入月が異なる場合は、 申請書を分けてください。
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他() シャワーチェアコンパクトおり たたみR TAISコード(12345 - 67890)	(株) ○ × △	× × 株式会社	① 20,000 円	×年 ○月 △日
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他() 家具調ポータブルトイレX TAISコード(00000 - 00000)	(株) ○ × △	× × 株式会社	② 110,000 円	×年 ○月 △日
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他() TAISコード(-)	10万円を超える場合、購入金額は保 険給付の対象となる分ではなく、実 際の購入金額をご記入ください。		③	年 月 日
購入合計額が10万円を超える場合 は、介護保険の対象となる金額と 自費分込の金額を() 書きで記載 してください。		100,000 (120,000) 円	自己負担額 購入金額から保険給付額 (1円未満の端数が 発生した場合は切捨)を 控除した残額 10,000 (30,000) 円 (利用者負担割合: 1 割)	必ず利用者の負担割合証を 確認したうえでご記入ください。

福祉用具が 必要な理由 ・購入用具ごとに記載 ・スロープ購入時は、 設置数場所及び設置数を 明記 ・枠内に記載が困難な場 合は、別紙および裏面等 に記載してください	記入者名 福祉 花子 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員) ・個別の身体状況（加齢等、高齢者全体に当てはまることなく個別 の状況） ・介護状況 ・住宅の環境 など 現在の利用者の状態について検討した上での購入であるということが分 かるよう、詳しく記載してください。また、現在の状態で何が困難なの か、福祉用具を使用することでどのように改善されるのかを記載してく ださい。
--	--

調布市長 宛 上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。 年 月 日 【申請者】 住 所 調布市小島町2丁目35番地1 わかめコーポ101 氏 名 令和 八郎 (署名) 令和 八郎 (連絡先) 042(481) 111

<注>

訂正箇所がある場合は修正液・テープは使用せず、
訂正箇所に二重線を引き、且つ押印又は引いた線の
右端に申請者の署名をお願いいたします。

(例) 調布 太郎 花子
調布 太郎 調布花子 花子

住所・氏名等が自署ではない場合、
(署名)欄にご署名ください。

(裏)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行名	支店名	預金種目	口座番号						
	東京調布 銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 調布駅前 支店・出張所	1 普通 2 当座	0	0	1	2	3	4	5
	フリガナ	トウキョウ イチロウ								
	口座名義人	東京 一郎								

※調布市記入欄

区分	保険料納付状況	保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考
1 一般	未納保険料				
2 支払方法の変更	有 ・ 無				
3 給付額減額	滞納保険料				
	有 ・ 無				