記入例

【受領委任払い用/1割負担】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名	ユザワ　タロウ 湯沢　太郎	被保険者番号	052076 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9
生年月日	昭和　20　年　4　月　1　日生	性別	(男)・女
住所	〒012-8501 秋田県湯沢市佐竹町1番1号		

福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 利用者負担額	購入日
○○	○○○○ □□福祉用具	100,000 円 10,000 円	R4.9.1
		円 円	
		円 円	

上限を超える金額の場合は100,000円とご記入ください。

支給申請額	保険対象購入金額（上限10万円）	利用者負担額（A×0.1　円未満切り上げ）	支給申請額
	A	B	A−B
	100,000 円	10,000 円	90,000 円

福祉用具が必要な理由	別途ケアプラン参照

湯　沢　市　長　様

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。
なお、支給に当たっては、受領を下記の者に委任します。

令和　4　年　10　月　1　日

申請者　住　所　秋田県湯沢市佐竹町1番1号　　電話番号
氏　名　湯沢　太郎　㊞　　○○-○○○○

湯　沢　市　長　様

上記の請求に対して支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を受諾します。
なお、支給に当たっては、受領委任払いに係る登録口座に振り込みしてください。

令和　4　年　10　月　1　日

受諾者
受領委任登録番号　000000
所在地　秋田県湯沢市□□町1番1号
事業者名　□□福祉用具　　電話番号
代表者氏名　□□　次郎　㊞　　□□-□□□□

－市記入欄－

介護度	区分	認定期間	未納状況	生活保護	支給履歴		
		～			期日	種目	金額

【受領委任払い用/1割負担】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名			052076
		被保険者番号	0 0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男・女
住所	〒		

福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 利用者負担額	購入日
		円 円	
		円 円	
		円 円	

支給申請額	保険対象購入金額（上限10万円）	利用者負担額（A×0.1　円未満切り上げ）	支給申請額
	A	B	A－B
	円	円	円

福祉用具が必要な理由	

湯　沢　市　長　　様

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。
なお、支給に当たっては、受領を下記の者に委任します。

年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号

氏　名　　㊞

湯　沢　市　長　　様

上記の請求に対して支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を受諾します。
なお、支給に当たっては、受領委任払いに係る登録口座に振り込みしてください。

年　　月　　日

受諾者

受領委任登録番号

所　在　地

事　業　者　名　　電話番号

代表者氏名　　㊞

－市記入欄－

介護度	区分	認定期間	未納状況	生活保護	支給履歴		
		～			期日	種目	金額

【受領委任払い用/2割負担】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名			052076
		被保険者番号	0 0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男・女
住所	〒		

福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 利用者負担額	購入日
		円 円	
		円 円	
		円 円	

支給申請額	保険対象購入金額（上限10万円）	利用者負担額（A×0.2　円未満切り上げ）	支給申請額
	A	B	A－B
	円	円	円

福祉用具が必要な理由	

湯　沢　市　長　　様

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。
なお、支給に当たっては、受領を下記の者に委任します。

年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号

氏　名　　㊞

湯　沢　市　長　　様

上記の請求に対して支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を受諾します。
なお、支給に当たっては、受領委任払いに係る登録口座に振り込みしてください。

年　　月　　日

受諾者
受領委任登録番号
所　在　地
事　業　者　名　　電話番号
代表者氏名　　㊞

－市記入欄－

介護度	区分	認定期間	未納状況	生活保護	支給履歴		
		～			期日	種目	金額

【受領委任払い用/3割負担】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名			052076
		被保険者番号	0 0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男・女
住所	〒		

福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 利用者負担額	購入日
		円 円	
		円 円	
		円 円	

支給申請額	保険対象購入金額（上限10万円）	利用者負担額（A×0.3　円未満切り上げ）	支給申請額
	A	B	A－B
	円	円	円

福祉用具が必要な理由	

湯　沢　市　長　　様

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。
なお、支給に当たっては、受領を下記の者に委任します。

年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号

氏　名　　㊞

湯　沢　市　長　　様

上記の請求に対して支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を受諾します。
なお、支給に当たっては、受領委任払いに係る登録口座に振り込みしてください。

年　　月　　日

受諾者

受領委任登録番号

所　在　地

事　業　者　名　　電話番号

代表者氏名　　㊞

－市記入欄－

介護度	区分	認定期間	未納状況	生活保護	支給履歴		
		～			期日	種目	金額