

太線の中を記入してください。

フリガナ			保険者番号		1	3	1	0	8	6
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0				
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別					
要介護区分(購入時)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
認定有効期間(購入時)	年		月	日	から	年	月	日		
住所	〒 - 電話番号									

福祉用具名(種目・商品名) ※種目は該当数字に○	製造事業者名 及び 販売事業者名	購入金額 (税込み)	被保険者負担額	介護給付額	購入日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9 品名	(製造) (販売)	円	円	円	年 月 日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9 品名	(製造) (販売)	円	円	円	年 月 日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9 品名	(製造) (販売)	円	円	円	年 月 日
合計		円	円	円	

福祉用具が必要な理由(用具ごとに記載してください。)

●原因となる傷病名(入退院日):

●必要な理由:

欄内に記載困難な場合は裏面に記載してください。

江 東 区 長 殿

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。

年 月 日

申請者 住所
(被保険者本人) 氏名

取扱事業者・担当者

※ この申請について連絡できる
ご家族の氏名・続柄

電話番号

連絡先

介護保険課確認欄	負担割合	1割・2割・3割	受領委任払い取扱事業者 登録番号		-		-		
----------	------	----------	---------------------	--	---	--	---	--	--

・ 提示

被保険者証

指定事業者

・ 添付書類
(受付時確認)

① 領収書

② 購入した福祉用具のパンフレット

③ 委任状

給付額減額	3割	・	4割
決定月日	年	月	日
振込月日	年	月	日
支給対象額			円
保険給付額			円
自己負担額			円

重複確認	過年度購入履歴	年度				
		年度				
限度額確認	年度内既購入額					円
	年度内既給付額					円

受付印

受付	審査	入力	係長

番号確認	本人確認
マイナカード 住民票 他	マイナカード 免許証 他

領 収 書 (特定福祉用具)

添付書類②用具

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0										
--------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

領収書を貼ってください。

(原本を提出してください。)

原本を確認させていただければ、写しでも結構です。

【参考】福祉用具金額確認欄

	品 名	金額(税込み)	介護給付額
1		円	円
2		円	円
3		円	円
	合 計	円	円

購入した福祉用具のパフレット

添付書類③用具

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0														
--------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

パンフレット発行社名	
------------	--

購入した福祉用具のパフレットの写しを貼ってください。

(パンフレットの切り抜き)
製造事業者名がわかるように貼ってください。

介護保険住宅改修費等受領委任に係る委任状

※事業者への受領委任払い（受領委任払い取扱い事業者が支給額を受け取る）を希望する場合は必ず記入してください。（内容に同意できない場合は、受領委任払いはできません。）

委任状（事業者受領委任払い用）

年 月 日

委任者（本人）住所

氏名

印

代筆者

住所

続柄

氏名

連絡先

私は、以下の受領委任払い取扱い事業者に介護保険住宅改修費等の受領の権限を委任します。

なお、区が受領委任払い取扱い事業者に口座振込みの通知をする際、私の氏名、福祉用具購入ならびに住宅改修の事実及び支給額を当該通知書に記載することに同意します。

受領委任払い取扱い事業者名
（本人または代筆者が記入）

受任承諾書（兼確約同意書）

年 月 日

上記内容について受任いたします。また、販売並びに施工にあたっては、別紙確約書の内容を遵守することに同意します。

受任者（受領委任払い取扱い事業者）

社名・所在地・社印

代表者名・代表者印

印

注意点

保険者番号		1	3	1	0	8	6
被保険者番号	0	0	0				

- 各書類の日付の関係は、委任状の委任日→委任状の受任日→購入日→申請日の順となります(同日でも可)
- 製品の破損や本人の状態変化により同一種目を再度購入する場合はその理由を記入します
(破損の場合は破損個所の写真も添付します)
- ウォシュレット機能や暖房機能等のある福祉用具についてはその機能を真に必要なとする理由が必要です
- 別付けのリモコン機能は対象外です
- 浴槽内いすや浴室内すのこで「浴槽またぎ」のみを理由とした購入は認められません。

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	購入金額 (税込み)	被保険者負担額	介護給付額	購入日
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)	円	円	円	
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)			円	
種目 1 2 3 4-1 4-2 4-3 4-4 4-5 4-6 4-7 5 6 7 8 9	(製造)				年 月 日
品名	(販売)			円	
合					円

★領収書記載の領収日(金額を領収した日付)を記入。生活保護受給者の場合も同様です。

福祉用具が必要な理由(用具ごとに記載してください。)

- 原因となる傷病名(入退院日):
- 必要な理由:

欄内に記載困難な場合は裏面に記載してください。

江東区長 殿

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

年 月 日

申請者
(被保険者本人)

住所

氏名

取扱事業者・担当者

※ 必ず記入

電話番号

連絡先

被保険者もしくは代筆者が記入(ゴム印は不可)

介護保険課確認欄

負担割合

1割・2割・3割

受領委任払い取扱事業者
登録番号

3割

4割

被保険者証

指定事業者

年 月 日

月

この欄は
記入不要です

介護保険住宅改修費等受領委任に係る委任状

注意 点

受領委任払い取扱い事業者が支給額を受け取る）を希望する場合は必ず記入できない場合は、受領委任払いはできません。）

★本人が記入する欄

委任状（事業者受領委任払い用）

朱肉印のみ可

年 月 日

委任者（本人）住所
氏名

印

代筆者
住所
氏名

印

書類の訂正が必要な場合で、
あらかじめ捨印がない場合は、
別途訂正印を押していただく
必要があります。

私は、以下（ ）の事業者（ ）に介護保険住宅改修費等の受領の権限を委任します。
（ ）に口座振込みの通知をする際、私の氏名、福祉用具購入ならびに
住宅改修費等受領委任状に記載することに同意します。

被保険者もしくは代筆者
が記入（ゴム印は不可）

被保険者もしくは代筆者
が記入（ゴム印は不可）

受領委任払い取扱い事業者名
（本人または代筆者が記入）

★事業者が記入する欄

受任承諾書（兼確約同意書）

年 月 日

上記内容について受任いたします。また、販売並びに施工にあたっては、別紙確約書の
内容を遵守することに同意します。

受任者（受領委任払い取扱い事業者）

印

社名・所在地・社印

代表者名・代表者印

印