

## 福祉用具購入費支給申請書 確認チェックリスト

ご提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

□① 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

- 記入間違い、記入漏れがないか。
- 購入商品はテクノエイド協会登録商品（TAIS コードが付与された商品）であり、かつ介護保険購入対象商品であるか。  
(どちらも満たすものが支給の対象です。)
- 福祉用具が必要な理由として、現在の身体状況やその経緯等具体的な理由が記載されているか。
- 【受領委任払いのみ】福祉用具サービス計画を作成のうえ、チェック欄にチェックをしているか。
- 【償還払いのみ】福祉用具サービス計画の写しが添付されているか。
- 【償還払いのみ】振込口座の名義人が被保険者以外の場合、委任状が添付されているか。

□② 領収書

- 領収書の原本が添付されているか。
- 領収書の名義が被保険者本人名義（フルネーム）になっているか。
- 領収金額に相違がないか。
- 原本の返却を希望する場合、コピーも併せて添付されているか。

□③ 購入商品のわかるパンフレット等の写し

- 購入した商品の概要（商品の定価、名称、タイプ等）がわかるかどうか。
- 購入した商品がオーダー品の場合、規格等がわかる見積書類が添付されているかどうか。

※[受領委任払い用]の支給申請書は受領委任払いの登録事業者を利用して福祉用具を購入した場合にのみご利用いただけます。

※書類に不備があった場合、訂正を依頼し、支給に遅れが出る場合がありますのでご注意ください。

**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）**

フリカ`ナ		生 年 月 日	大・昭 年 月 日
被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 - 電話番号 ( )		
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名	購入金額(税込)	購入年月日
	販売事業者名	支払額	
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
購入合計金額	円（うち保険対象額 円）		福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を			
福祉用具が 必要な理由			
柏市長 あて 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）福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を、下欄の受 取人に委任します。 年 月 日 申請者兼受領委任者 氏名 <span style="float:right;">㊟（氏名自署の場合は押印不要）</span>			
受取人 情報欄	(所在) 〒 -	電話番号 ( )	
	(事業者名)	登録番号 ( )	
居宅介護 支援事業者 確認欄	上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する 福祉用具購入に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) (介護支援専門員氏名)		

- ・総費用額が10万円以下の場合、原則として自己負担額は「**総費用額×負担割合の1円未満を切り上げた金額**」です。
- ・複数の用具を購入した場合の自己負担額の算出は、合算せず、それぞれの用具について行ってください。
- ・上の太枠の中を記入し、**当該被保険者宛**の領収証及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。

柏 市 記 入 欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 受給資格(要 )	保険対象額	円	
	<input type="checkbox"/> パンプ写し	<input type="checkbox"/> 限度額管理( 円)	支給決定額	円	
	<input type="checkbox"/> 購入対象用具	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画	<input type="checkbox"/> 負担割合( 割)			
備考		確認欄	確認者	審査・入力者	

フリガナ 被保険者氏名	カシワ ハナコ <b>柏 花子</b>	生年月日 被保険者番号	1 日 3 4 5
住所	〒277-8505 <b>柏市柏5-10-1</b>	電話番号 04(	
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額(税込) 支払額	購入年月日
シャワーチェア(肘付き)	(株)〇〇介護 介護用品柏	30000円 3000円	令和〇年〇月〇日
ポータブルトイレ	(株)〇〇介護	50000円 5000円	令和〇年〇月〇日
購入合計金額 <b>80000</b> 円 (うち保険対象額 <b>80000</b> 円)			福祉用具サービス計画 <input checked="" type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を		1 2 7 0 0 0 0 0 0 1	
福祉用具が必要な理由	既往の脳梗塞によるマヒや加齢に伴う下肢筋力低下のため、浴室での立ち上がりに困難がある。夜間の排泄時、寝室からポータブルトイレを設置し排泄の自立を		
柏市 上	氏名自署であれば押印は不要です。		
申請者兼受領委任者 氏名	<b>柏 花子</b>		
受取人 情報欄	(所在) 〒277-8505 電話番号 04(7167)1135 <b>柏市柏5-10-1</b> (事業者名) <b>介護用品柏</b> 登録番号 (999)		
居宅介護 支援事業者 確認欄	上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する福祉用具購入に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒277-8505 電話番号04(7167)1135 <b>柏市柏5-10-1</b> (事業者名) <b>柏包括支援センター</b> (介護支援専門員氏名) <b>柏 太郎</b>		

最新の介護保険被保険者証に記載の住所を記入する(相違がある場合、收受できません)。

支払額は被保険者の負担割合に応じ、購入金額の1-3割。小数点以下は切り上げ。

必ず作成のうえ、チェックを入れてください。作成の無い申請は收受できません。

既往歴は必ず記載し、現在の身体状況に至った経緯を明記したうえで、当該福祉用具が必要な理由やその選定理由を具体的に記すこと。

- ・総費用額が10万円以下の場合、原則として自己負担額は「総費用額×負担割合の1円未満を切り上げた金額」です。
- ・複数の用具を購入した場合の自己負担額の算出は、合算せず、それぞれの用具について行ってください。
- ・上の太枠の中を記入し、当被保険者の領収証及び購入した福祉用具がわかるもの(パレット等)を添付してください。

柏市記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> 限度額管理(円) <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合(割)	保険対象額 _____ 円	支給決定額 _____ 円	
備考	確認欄	確認者	審査入者		

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（償還払）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1 2 2 1 7 6				
	被保険者番号						
生年月日	大・昭 年 月 日	購入時の要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5				
住所	〒 - 電話番号 ( )						
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 ----- 販売事業者名	購入金額 (税込)	購入日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
購入合計金額		円	(うち保険対象額 )				
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を							
福祉用具が 必要な理由							
柏市長 あて 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 住所 申請者 氏名							
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ 口座名義人						

- ・上の太枠の中を記入し、領収書、福祉用具サービス計画(写)及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。
- ・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

柏市 記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受給資格(要 ) <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 限度額管理( 円) <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 負担割合( 割)		保険対象額 _____ 円		
	備考		支給決定額 _____ 円		
	確認欄	確認者	審査・入力者		

フリガナ	カシワ	ハナコ	保険者番号	202176
被保険者氏名	柏 花子		最新の介護保険被保険者証に記載の住所を記入する（相違がある場合、收受できません）。	
生年月日	大・昭10年1月1日	購入時の要	2・3・4・5	
住所	〒277-8505 柏市柏5-10-1 電話番号 04(7167)1135			
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 (税込)	購入日	
シャワーチェア(肘付き)	(株)○○介護 介護用品 柏	30000円	令和0年 0月 0日	
ポータブルトイレ	(株)○○介護 介護用品 柏	50000円	令和0年 0月 0日	
		円	年 月 日	
購入合計金額 80000 円 (うち保険対象額 80000 円)				
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を			1 2 7 0 0 0 0 0 0 1	
福祉用具が 必要な理由	既往の脳梗塞によるマヒや加齢に伴う下肢筋力低下のため、浴室での立ち上がりに困難がある。夜間の排泄時、寝室からトイレまで移動する際に転倒の危険があるため、トイレの側にポータブルトイレを設置し排泄の自立を図りたい。			
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）申請書 ○○年○○月○○日 住所 柏市柏5-10-1 申請者 氏名 柏 花子				
口座振替 依頼欄	銀行	本店	□座名義人が被保険者本人以外の場合は別紙の委任状を添付する。	
	カシワ	カシワ		
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
1 2 3 4		1 2 3		1 3 4 5 6 7
フリガナ 口座名義人		カシワ イチロウ 柏 一郎		

・上の太枠の中を記入し、領収書、福祉用具サービス計画(写)及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。  
 ・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 支給資格(要) ) <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 限度額管理(円) <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 介護保険滞納 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 負担割合(割)	保険対象額 _____ 円	支給決定額 _____ 円	
	備考	確認欄	確認者	審査入力者

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください。

## 委任状

年 月 日

柏市長 あて

(被保険者)

住 所

氏 名

㊟

(氏名自署の場合は㊟不要)

次の者を代理人と定め、福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任したのでお届けします。

(代理人)

住所

氏名

被保険者との続柄 ( )

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 ( )

記入例

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

委任状

〇〇年 〇〇月 〇〇日

柏市長 あて

被保険者本人の氏名を記入し、押印をしてください  
(ただし、氏名自署の場合は押印不要です)。

(被保険者)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 花子

(氏名自署の場合は押印不要)

柏

次の者を代理人と定め、福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任したのでお届けします。

(代理人)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 一郎

口座名義人のかたの氏名等を記載してください。

被保険者との続柄 (子)

生年月日 大・昭<sup>平</sup> 20年 1月 1日

電話番号 04(7167)1135

# 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被相続人との続柄 ( )

(000 )

が生前有していた介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、福祉用具購入費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号					
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。

記入例

## 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 花子

生年月日 大・昭・平 33年 3月 3日

被相続人との続柄 ( 長女 )

(1234567890)

柏 太郎 が生前有していた介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、福祉用具購入費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	カシワ	銀行 信用金庫 信用組合	カシワ	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号									
	金融機関コード				支店コード			1普通預金	9	8	7	6	5	4	3
	1	2	3	4	1	2	3	2当座預金							
カシワ		ハナコ		口座名義人 柏 花子											

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められることがあります。

(2024.1 改定)