

(第3条第2項関係)

相模原市介護保険

(受領委任払い用)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

被保険者番号		被保険者氏名		生年月日	
		フリガナ		明・大・昭	
要介護度 状態区分		1 要支援( ) 2 要介護( )		年 月 日	
被保険者住所		〒 相模原市 区 電話番号 ( )			
特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名	購入金額	購入日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
税込購入合計金額				円	
特定(介護予防) 福祉用具が必要な理由					
保険者チェック欄 課題(身体状況等) 選定理由					
相模原市長 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、上記申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 住 所 相模原市 区 申請者 (被保険者)氏 名					
所在地		代表者印			
受任事業者 事業者名					
代表者氏名		電話番号 ( )			

特定(介護予防)福祉用具販売事業者番号

- ・この申請書に、領収書(自己負担分)の写し 請求書(購入費用額分) カタログの写しを添付してください。
- ・福祉用具が必要な理由については、課題と個々の用具ごとの選定理由を記載してください。  
欄内に記載が困難な場合は別紙に記載してもけっこうです。

保険者確認欄

給付 制限 (区分)	無(一般)	審査		福祉用具名	購入金額	
	有 1 支払方法変更 2 減額	1検	2検			円
既申請分内訳		無	有	負担割合	自己負担	支給決定額
				1・2・3		円

(第3条第2項関係)

相模原市介護保険

用具種目を上段に、商品名を下段に  
それぞれご記入ください。

(受領委任払い用)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

被保険者番号										被保険者氏名										生年月日		
0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	フリガナ	カイゴ	ハナコ	明・大・昭									
要介護度 状態区分										介護 花子										9年1月1日		

被保険者住所 〒252-5277 相模原市 中央区 中央2-11-15

電話番号 ( )

被保険者証の住所を  
記入してください。

製造事業者を  
ご記入ください。

特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入
腰掛便座 トイレチェアXS-650	カイゴ科学(株)	21,000円	令和3年4月8日
入浴補助用具 74	福祉製造(有)	8,925円	令和3年4月9日
			年 月 日
		円	年 月 日

金額は税込みでご記入ください。

領収書の日付を記入し  
てください。

税込購入合計金額 29,925円

特定(介護予防)福祉用具が必要な理由

ポータブルトイレ 下半身の筋力が著しく低下し、移動に時間を要するよう  
になってしまっている。居室にて自立した排便を行うため、ベッド横のス  
ペースに設置可能な商品を選定した。

浴槽内いす 座位を保持することが困難であり、背もたれが付いてい  
るイスを設置することで安全な入浴ができるようになるため。

申請日をご記入  
ください。

理由はそれぞれの商品につ  
いてご記入ください。  
書ききれない場合、別紙とし  
ていただいてもけっこうです。

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、上記申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。  
令和3年4月12日

申請者は被保  
険者本人の氏  
名をご記入く  
ださい。

代理受領登録と同一の名称・役  
職・氏名・代表者印をお願いします。

住所 相模原市 中央区 中央2-11-15

申請者 (被保険者氏名) 介護 花子

所在地 〒252-0036 相模原市中央区富士見6-1-20

受任事業者 事業者名 (有)相模原福祉販売

代表者氏名 代表取締役 相模太郎 電話番号 ( )

代表者印

特定(介護予防)福祉用具販売事業者番号 **1|2|3|4|5|6|7|8|9|0** 事業者番号をご記入ください。

・この申請書に、領収書(自己負担分)の写し、請求書(購入費用額分)、カタログの写しを添付してください。  
・福祉用具が必要な理由については、課題と個々の用具ごとの選定理由を記載してください。  
欄内に記載が困難な場合は別紙に記載してもけっこうです。

保険者確認欄

給付制限(区分)	無(一般)	1 1検	2 2検	福祉用具名	購入金額
	有 1 支払方法変更	2 減額			
既申請分内訳	無	有	負担割合	自己負担	支給決定額

この欄は保険者が使用しますので、記入は不要です。