

様式第 6 号（第 7 条関係）
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			保 険 者 番 号	廿日市市	3	4	2	1	3	9	
被保険者氏名 （申請者）			被保険者番号								
			個人番号								
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性	別					男・女
住 所	〒 広島県廿日市市 電話番号（ ）										
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		購 入 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由 （被保険者の 心身の状態な ども記載）											
記載した者	氏名		事業者名								

廿日市市長 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。 また、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領に関する権限を、下記の取扱事業者に委任し ます。申請日 令和 年 月 日 申 請 者 住 所 氏名				
上記申請者の福祉用具購入費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。 なお、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給にあたっては下記の金融機関に口座振替 払いをしてくださるよう依頼します。 取扱事業者 所 在 地 事業者名 代表者名				
口座振替 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 組 合	本 店 支 店 出張所	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金	
			2. 当座預金	
			3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※裏面の注意事項もお読みください。
備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。

<注意>

- 1 この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレットの写し等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載してください。
- 3 居宅サービス計画に福祉用具が必要な理由が記載してある場合は計画書の写しを添付してください。（その場合は、理由欄の記載は必要ありません。）
- 4 支給対象となる購入費用は、1人当たり1年間（4月から翌年3月まで）で10万円を上限とします。支給されるのは改修費用の9割で、実際に支給される金額の上限は9万円となります。負担割合が2割の方は、8割を支給し、上限は8万円、負担割合が3割の方は、7割を支給し、上限が7万円となります。