

第10号様式（その1）（償還払用）（第13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

|                                                                                                                         |                             |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|-----|---|--------------|---|
| フリガナ                                                                                                                    | ヤイヅ ハナコ                     | 保険者番号                                                          | 2                             | 2     | 2   | 1 | 2            | 5 |
| 被保険者氏名                                                                                                                  | 焼津 花子                       | 被保険者番号                                                         | 0                             | 0     | 0   | 0 | 0            | 0 |
|                                                                                                                         |                             | 個人番号                                                           |                               |       |     |   |              |   |
| 生年月日                                                                                                                    | 昭和10年8月12日                  |                                                                | 個人番号の記載が困難な場合は、<br>空欄としてください。 |       |     |   |              |   |
| 住所                                                                                                                      | 〒425-8502<br>焼津市本町2丁目16番32号 |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 種目                                                                                                                      | 製造事業者名                      | 購入金額                                                           | 購入日                           |       |     |   |              |   |
| 福祉用具名                                                                                                                   | 福祉用具販売指定事業者名                | 25,000円                                                        | 令和○年○月○日                      |       |     |   |              |   |
| 入浴補助用具                                                                                                                  | 株式会社××                      |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 〇〇折りたたみシャワー椅子                                                                                                           | 〇〇株式会社                      | 円                                                              |                               | 年 月 日 |     |   |              |   |
|                                                                                                                         |                             | 福祉用具専門相談員が記入してください。                                            |                               |       |     |   | 日            |   |
| 福祉用具専門相談員記入欄                                                                                                            |                             |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 福祉用具が必要な理由                                                                                                              |                             |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 購入時の要介護度：                                                                                                               |                             | (記入者氏名                                                         |                               | 事業所番号 |     |   |              |   |
| (宛先) 焼津市長<br>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。<br>なお、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。                        |                             |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 令和○年○月○日<br>住所<br>申請者<br>氏名                                                                                             |                             | 申請者欄は、窓口に来られる方の情報をご記入ください。<br>被保険者本人でない場合は、委任状（4ページに記載例）が必要です。 |                               |       |     |   |              |   |
| 注意 この申請書に領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。<br>□説明確認：貸与又は購入が選択できる福祉用具（固定用スロープ、歩行補助杖及び歩行器）について、特定福祉用具販売事業者が被保険者へ制度を説明した場合は「✓」を記入 |                             |                                                                |                               |       |     |   |              |   |
| 口座振替<br>依頼欄                                                                                                             | 〇〇                          |                                                                | 銀行 信金<br>信組・農協                |       | 〇〇  |   | 本店・支店<br>出張所 |   |
|                                                                                                                         | 金融機関コード                     |                                                                | 店舗コード                         |       | 種 目 |   | 口 座 番 号      |   |
|                                                                                                                         | ○                           | ○                                                              | ○                             | ○     | ○   | ○ | ○            | ○ |
|                                                                                                                         | フリガナ<br>口座名義人               |                                                                | ヤイヅ タロウ<br>焼津 太郎              |       |     |   |              |   |

被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合は、  
委任状（2ページに記載例）が必要です。

※償還払いを選択し、被保険者本人以外の口座へ振込を希望される場合に必要です。

※4ページの委任状とは異なります。窓口に来られる方が被保険者本人でない場合は、4ページの委任状も必要です。

## 委 任 状

私は、次の者を代理人と定め、以下の権限を委任します。

代理人 住 所 焼津市本町2丁目16番32号  
氏 名 焼津 太郎

### 記

|                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請に基づく償還金の受領 |
| <input type="radio"/>            | 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に基づく償還金の受領   |
| 委任する項目に○を記入してください。               |                                     |

令和○年 ○月 ○日

被保険者 住 所 焼津市本町2丁目16番32号  
氏 名 焼津 花子



第10号様式（その2）（受領委任払用）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|               |                             |                                                                |                               |   |   |   |   |   |
|---------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| フリガナ          | ヤイツ ハナコ                     | 保険者番号                                                          | 2                             | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 |
| 被保険者氏名        | 焼津 花子                       | 被保険者番号                                                         | 0                             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               |                             | 個人番号                                                           |                               |   |   |   |   |   |
| 生 年 月 日       | 昭和10年 8 月 12 日              |                                                                | 個人番号の記載が困難な場合は、<br>空欄としてください。 |   |   |   |   |   |
| 住 所           | 〒425-8502<br>焼津市本町2丁目16番32号 |                                                                |                               |   |   |   |   |   |
| 種 目           | 製造事業者名                      | 購入金額                                                           | 購入日                           |   |   |   |   |   |
| 福祉用具名         | 福祉用具販売指定事業者名                |                                                                |                               |   |   |   |   |   |
| 入浴補助用具        | 株式会社××                      | 25,000円                                                        | 令和○年○月○日                      |   |   |   |   |   |
| 〇〇折りたたみシャワー椅子 | 〇〇株式会社                      |                                                                |                               |   |   |   |   |   |
|               |                             | 円                                                              | 年 月 日                         |   |   |   |   |   |
|               |                             | 福祉用具専門相談員が記入してください。                                            |                               |   |   |   |   |   |
| 福祉用具専門相談員記入欄  |                             | 福祉用具が必要な理由                                                     |                               |   |   |   |   |   |
| 購入時の要介護度：     |                             | （記入者氏名 事業所番号 ）                                                 |                               |   |   |   |   |   |
| （宛先）焼津市長      |                             | 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。                      |                               |   |   |   |   |   |
| 令和○年○月○日      |                             | 申請者欄は、窓口に来られる方の情報をご記入ください。<br>被保険者本人でない場合は、委任状（4ページに記載例）が必要です。 |                               |   |   |   |   |   |
| 住所            |                             |                                                                |                               |   |   |   |   |   |
| 申請者 氏名        |                             |                                                                |                               |   |   |   |   |   |

注意 この申請書に領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

□説明確認：貸与又は購入が選択できる福祉用具（固定用スロープ、歩行補助杖及び歩行器）について、特定福祉用具販売事業者が被保険者へ制度を説明した場合は「✓」を記入

|                                                                                         |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| （宛先）焼津市長                                                                                |                                                                            |
| 当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の受任者に委任します。また、代理受領に係る支払内容について、下記の受任者に通知することに同意します。 |                                                                            |
| 委任者<br>（被保険者）                                                                           | 住所 焼津市本町2丁目16番32号<br>氏名（署名） 焼津 花子                                          |
| （宛先）焼津市長                                                                                |                                                                            |
| 上記の申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任者から受任することに同意します。なお、支給に当たっては、下記の口座に振り込んでください。      |                                                                            |
| 受任者<br>（事業者）                                                                            | 所在地 焼津市〇〇1丁目2番3号<br>事業者名称 〇〇株式会社<br>代表者氏名 代表取締役 静岡 太郎<br>電話番号 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇 |
| 代表者印                                                                                    |                                                                            |

|             |               |                                  |                           |               |
|-------------|---------------|----------------------------------|---------------------------|---------------|
| 口座振替<br>依頼欄 | 〇〇            | 銀行 信金<br>信組・農協                   | 〇〇                        | 本店 支店<br>出張所  |
|             | 金融機関コード       | 店舗コード                            | 種 目                       | 口 座 番 号       |
|             | 〇 〇 〇 〇       | 〇 〇 〇                            | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 ( ) | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
|             | フリガナ<br>口座名義人 | 〇〇カブシキガイシャ 代表取締役 静岡 太郎<br>〇〇株式会社 |                           |               |

※窓口に来られる方が被保険者本人でない場合に、必要  
です。2 ページの委任状とは異なります。

## 委 任 状

令和 ○年 ○月 ○日

<被保険者>

住 所 焼津市本町 2 丁目 16 番 32 号

氏 名 焼津 花子



私は下記の者を代理人と定め、

- 1 サービス計画作成依頼（変更）届出
- 2 高額介護（予防）サービス費支給申請（基準収入額適用申請）
- 3 住宅改修費支給申請
- 4 福祉用具購入費支給申請
- 5 負担限度額認定申請
- 6 社会福祉法人等利用者負担軽減認定申請
- 7 特定負担限度額認定申請
- 8 利用者負担額減額・免除申請
- 9 利用者負担額減額・免除申請（特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置）
- 10 その他（ ）

について委任します。

<代理人>（窓口に来られる人）

住 所 焼津市○○ 1 丁目 2 番 3 号

氏 名 静岡 太郎

（事業所名 ○○株式会社 ）

### 【申請時の持ち物】

- ・被保険者本人の個人番号がわかるものをお持ちください。  
本人の個人番号カード（又は写し）、本人の通知カード（又は写し）、  
本人の個人番号の記載のある住民票の写し など個人番号の記載のあるもの
- ・代理人の方（申請者）の身分証明書をお持ちください。
  - （1） 国・県・市町村等、官公署が発行した写真付きのもの  
例：個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、  
パスポート、障害手帳などから 1 点
  - （2） （1）が持参できない方は下記のものを 2 点をお持ちください。  
国・県・市町村等官公署が発行した  
氏名と住所もしくは生年月日が記載されているもの  
例：介護保険被保険者証、負担割合証、公的医療保険被保険者証など

※法定代理人の場合は、戸籍謄本等をお持ちください。

※介護保険被保険者証をお持ちの場合は、本人から委任を受けたことが確認でき  
ますので、委任状は不要となります。