

介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費受領委任払い承認申請兼支給申請書

<要介護 1~5><要支援 1~2>

申請年月日、申請者の住所、氏名を記入してください。

介護保険 介護予防		福祉用具購入費受領委任払い承認申請兼支給申請書	
(死亡)京都市長		令和 年 4 月 3 日	
申請者の住所 京都市中京区〇〇〇	申請者の氏名 京都 太郎	受領委任	

該当するものにチェックしてください。

被保険者の住所、氏名、電話番号、被保険者番号を記入してください。

購入費受領委任払い制度実施要綱の規定により、受領委任払いによる
第71条第1項の規定により居宅介護福祉用具購入費
 介護保険法施行規則 第90条第1項の規定により介護予防福祉用具購入費 の支給を申請する。

被保険者	住所 京都市中京区〇〇〇	電話 075-111 1111
	フリガナ キョウト タロウ	被保険者番号 10001-00000
	氏名 京都 太郎	

該当するものにチェックしてください。

特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)の購入が必要な理由	<input type="checkbox"/> 別紙サービス計画の写しのとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙理由書のとおり <input type="checkbox"/> 別紙販売計画のとおり		
上記の種目及び商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業者番号)	購入費用
腰掛便座 ポータブルトイレ●●	KT製作所 (株)	北介護用品センター(株) 1111111111	90,000 円
			購入を行った年月日 令和2年 4月 2日

購入した福祉用具の種目・商品名を記入し、その製造事業者名、販売事業者名、京都市に登録の事業所番号を記入してください。

購入した福祉用具の購入総額、購入を行った年月日(=領収証の日付)を記入してください。

支給限度基準額の残額 (10万円/年度)	100,000 円	利用者負担額	9,000 円
-------------------------	-----------	--------	---------

京都市が、私の居宅介護支援・介護予防支援を担う指定居宅介護支援事業所(指定介護予防支援事業所)及び上記の指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者に、受給資格の有無、支給限度基準額の残額及び介護保険給付に係る給付制限措置の有無等の申請に必要な情報を提供することを同意しています。

福祉用具の購入総額のうち、被保険者の負担割合相当分を記入してください。

支給限度基準額の残額を記入してください。被保険者が、同一年度内(4月~3月)に、介護給付として初めて福祉用具を購入する場合は、支給限度基準額は10万円です。

申請書に添付してください。受領委任払いによる支給は受けられません。

(次の欄は、支給決定を行ったための欄ですので記入しないでください。)

上記の申請について、下記のとおり決定します。

年 月 日 起案	課長	課長補佐・係長	係員
年 月 日 決定			
受領委任払い	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 (理由 給付制限措置者・その他)		
審査	特定福祉用具の種類	()	
	同一品目再支給有無	<input type="checkbox"/> 有(理由) <input type="checkbox"/> 無	
決定	支給額審査	別紙入力確認票のとおり	
決定	<input type="checkbox"/> 支給	支給金額	円
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由	
申請受理簿	負担額減免	一時差止	給付額減額
			電算入力
			窓口払記録
			備考