

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

(R1.05版)

被保険者番号									保険者番号	132290
住 所	〒 西東京市 町 丁目 番 号									
フリガナ								利用者負担割合	福祉用具購入時の要介護度	
被保険者氏名								1割・2割・3割	要支援1・2	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								要介護1・2・3・4・5	

承認番号				
販売事業者名	受領委任事業者登録番号:			
福祉用具名	種 目			
	商品名			
製造事業者名				
購入金額①		円	円	円
支給申請額② ※1円未満切捨て		円	円	円
利用者負担額(①-②)		円	円	円
領 収 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

(あて先) 西東京市長
 上記のとおり福祉用具を購入しましたので、関係書類を添えて介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。なお、当該給付費の受領については次の者に委任します。
 令和 年 月 日
 申請者 住 所
 (被保険者)
 氏 名 ㊞ 電話番号

上記委任に係る介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給については、既に登録をしている口座に振り込みください。
 令和 年 月 日
 受任者 住 所
 事業者名
 代表者氏名 ㊞ 電話番号

(添付書類)

領収書(利用者負担分で被保険者あてのもの ※フルネームで記載のこと)

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

利用者負担割合	1割・2割・3割	決定通知	入力	審査	確認	受付
支給決定額	円					

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

(R1.05版)

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	132290
住所	〒202-8555 西東京市 中 町 1 丁目 5 番 1 号											
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ										利用者負担割合	福祉用具購入時の要介護度
被保険者氏名	西東京 太郎										1割・2割・3割	要支援 1・2 要介護 1・2・③・4・5
生年月日	明治 大正 昭和 5 年 10 月 15 日											

承認番号	30001			承認通知書の承認番号を記入してください。		
販売事業者名	株式会社□□□					
	受領委任事業者登録番号: 7000000000					
福祉用具名	種別	入浴補助用具(入浴用いす)		腰掛便座		
	商品名	シャワーチェアA		ポータブルトイレS		
製造事業者名	〇〇〇株式会社			△△△株式会社		
購入金額①	16,800 円		30,000 円		円	
支給申請額② ※1円未満切捨て	15,120 円		27,000 円		円	
利用者負担額(①-②)	1,680 円		3,000 円		円	
領収日	令和 元 年 5 月 15 日		令和 元 年 5 月 15 日		令和 年 月 日	

介護保険受領委任事業者登録決定通知書に記載されている受領委任事業者登録番号を記入してください。

(あて先) 西東京市長
上記のとおり福祉用具を購入しましたので、関係書類を添えて介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。なお、当該給付費の受領については次の者に委任します。

令和 元 年 5 月 15 日

申請者 住所 西東京市中町1-5-1
(被保険者) 氏名 西東京 太郎 電話番号 042-464-1311

上記委任に係る介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給については、既に登録をしている口座に振り込みください。

令和 元 年 5 月 15 日

受任者 住所 西東京市南町5-6-13
事業者名 株式会社□□□ 電話番号 042-438-4030
代表者氏名 介護 太郎

(添付書類)
 領収書(利用者負担分で被保険者あてのもの ※フルネームで記載のこと) 但し書きの欄に「利用者〇割負担分として」と記載してください。

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

利用者負担割合	1割・2割・3割	決定通知	入力	審査	確認	受付
支給決定額	円					