

船橋市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

船橋市長 あて

××年 ×月××日

次のとおり、関係書類を添えて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下記事業者に委任します。

被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	生年月日	明治・大正 昭和 ××年 ×月××日
フリガナ	フナバシ タロウ	電話番号	×××-×××-××××
被保険者氏名	船橋 太郎	住所	〒273-8501 船橋市湊町2-10-25

購入の理由は詳細に明記してください

利用者負担割合

1割・2割・3割

種 目 (該当するものに○)	商 品 名 (上段) 製 造 会 社 名 (中段) 購 入 年 月 日 (下段)	[A] 販売金額 (上段) [B] 保険給付額 (中段 小数点以下切捨) [C] 自己負担額 (下段 [A]-[B])
1. 腰掛便座	浴槽台 (型式 ABC000)	10,000 円
2. 自動排泄処理装置 の交換可能部品	〇〇株式会社 ××年 ×月 ××日	9,000 円 1,000 円
3. 排泄予測支援機器	ポータブルトイレ	54,321 円
4. 入浴補助用具	△△株式会社 ××年 ×月 ××日	48,888 円 5,433 円
5. 簡易浴槽		円
6. リフトつり具		円
7. 複合機能用具		円

領収書の日付を購入年月日として扱います。

<保険者負担額(9割・中段)>

54321 円×0.9=48888.9 円

小数点以下切捨=48,888 円

<自己負担額(1割・下段)>

販売金額-保険者負担額=自己負担額

54321 円-48888 円=5433 円

事業者 (受任者) 同意欄	受領委任払い制度の利用について同意します。つきましては、福祉用具販売計画作成の有無 有 無
	事業所番号 1 1 1 1 1 1 1
	事業所住所 〒273-8501 船橋市本町2丁目10番25号
	事業者名 株式会社 船橋市役所福祉用具
	代表者名 代表取締役 船橋花子 電話番号 ×××-×××-××××

口座振込 依頼欄	銀行 船橋市役所 信用金庫 信用組合 農協	本店 本町 支店 出張所	口座番号 0 0 1 1 2 2 3
	金融機関コード × × × ×	支店番号 × × ×	普通 当座・貯蓄
	フリガナ 口座名義人	株式会社 船橋市役所福祉用具 代表取締役 船橋 花子	

※この申請書の他に、被保険者名義の領収証原本と福祉用具のカタログを添付してください。

この書面と、下記の2点を一緒に提出します

- 領収書の原本(宛名:船橋太郎、金額:6,433円)
- カタログ等の写し

支給決定額

欄	当	有・無
---	---	-----