第１号様式　　**介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任**

記入例

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
		電話番号	×××―×××―××××
フリガナ	フナバシ タロウ	住所	〒２７３－８５０１
被保険者氏名（申請兼委任者）	船橋 太郎		船橋市湊町２－１０－２５

福祉用具が必要な理由	～～～（購入理由）～～～ 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（該当する番号を記載）	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]）
4	浴槽台（型式 ABC000）	１０，０００　円
	○○株式会社	９，０００　円
	××年　×月××日	１，０００　円
1	ポータブルトイレ	５４，３２１　円
	△△株式会社	４８，８８８　円
	××年　×月××日	５，４３３　円
		円
	日	

領収証の領収日を購入年月日として扱います

＜保険者負担額（9割・中段）＞
54,321 円×0.9＝48,888.9
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
54,321 円―48,888 円＝5,433 円

１：腰掛便座　２：自動排泄処理装置の交換可能部品　３：
５：簡易浴槽　６：移動用リフトのつり具の部分　７：スロ

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。
	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 1 1 1
	事業者住所　〒２７３－８５０１ 船橋市本町２丁目１０番
	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	船橋市役所	(銀行)・信用金庫・信用組合・農協	本町	本店・(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	カ)フナバシシヤクショフクシヨウゲ ダイヒヨウトリシマリヤク フナバシ ハナコ			
	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。

市職員記入欄				
	受付	受付者	領収書	カタログ
	担当	要介護度	負担割合	送付先
				有・無

支給決定額

2024/4/1