（受領委任払用）介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請について

大崎町役場　保健福祉課
TEL：099-476-1111（内線144）

介護保険による福祉用具購入の対象になるかどうかを利用者宅で開催される担当者会議等で確認をしますので，必ず役場担当者へご連絡ください。
福祉用具購入費の支給の申請には下記の書類等が必要です。

		必　要　書　類	摘　　要
既製品		1　介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）	日付の記載不要
		2　請求書（受領委任払事業者請求分）	日付・金額の記載不要
	担会前	3　介護保険被保険者証の写し 負担割合証の写し	負担割合証のコピー忘れずに
	担会前	4　利用者基本情報、支援経過記録	
	担会後	5　居宅サービス計画書 サービス担当者会議の記録	福祉用具購入に係る記載がなされていること
	担会後	6　福祉用具のパンフレット	製造事業者名の記載があるか確認 （特注品の場合は不要）
	担会後	7　見積書	・総額５万円未満は不要 ・総額５万円を超える場合は２社以上の見積が必要
		8　領収書（福祉用具購入分）の原本と写し	原本は確認後に返却します
		9　設置状況のわかる写真	カラー写真
		10　モニタリングの支援経過記録	
特注品追加書類	担会後	11　介護支援専門員の意見書	様式は任意
	担会後	12　福祉用具内訳書（見積書）	・寸法，金額が分かるもの ・総額５万円を超える場合は２社以上の見積が必要
	担会後	13　住宅平面図（見取図）	設置箇所が分かるもの
	担会後	14　設置前・設置後の写真	日付入りのもの
○既製品の場合，購入前に必要な書類は，上記１・３・４・５・６です。　※7は5万円以上の場合			

留意事項

※入院（入所）中の福祉用具購入について
　福祉用具購入費の支給は在宅サービスのため，入院（入所）中は支給申請はできません。入院（入所）中に購入することも可能ですが，支給申請は退院（退所）後となりますので，退院（退所）が延びれば支給できないことを申請者に十分説明してください。

別記第４号様式（第５条関係）

介護保険居宅介護（支援）福祉用具費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号		4	6	4	6	8	5	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生	性　別	男　　・　　女							
住　　所	〒 電話番号									

福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名及び 販 売 事 業 者 名	購　入　金　額	購　入　日
		円	令和　　年　　月　　日
		円	令和　　年　　月　　日
		円	令和　　年　　月　　日

福祉用具が 必要な理由		保険者	確認日	令和　　年　　月　　日
			氏名	

大　崎　町　長　　様

受領委任払について説明を受けたので、大崎町介護保険福祉用具購入費等受領委任払実施要綱の規定に基づき、保険給付費の受領に関する権限を下記の者に委任します。
また、受領委任払に係る支給決定について、下記の者に通知することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号
　　氏名

記

事業の種類		福祉用具販売
受任者	所在地	〒
	事業者名	
	代表者名	
	電話番号	

保険適用総費用見込額 （支給限度基準額を上限とする。）	円
受領委任払見込み額	円

※　添付書類
□福祉用具のパンフレット等（購入する福祉用具の内容及び通常販売価格のわかるもの）
□見積書（総額５万円未満は不要、総額５万円を超える場合は２社以上
□介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の写し　□利用者基本情報及び支援経過記録
□居宅サービス計画書　□サービス担当者会議の記録　□その他町長が必要と認める書類

※　町記入欄

要介護状態区分	支１・支２・介１・介２・介３・介４・介５	※給付決定額
認定有効期間	・　・　～　・　・	円
介護保険負担割合	１・２・３　割	
保険料納付状況等	滞納保険料（有・無）/給付制限（有・無）	
同年度既購入実績	（有・無）※購入額/給付額　　円/　　円	

請　　求　　書

金　　円

ただし,　　様分
介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費（受領委任払事業者請求分）として

上記のとおり請求いたします。

令和　　年　　月　　日

請求者　　住　所

氏　名

大崎町長　殿