

事業者番号	
-------	--

整理番号	
------	--

### 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		福祉用具購入月	年	月	
被保険者氏名		領収書記載日	年	月	日
		被保険者番号			
住所	電話番号				
申請内容	腰掛便座	円	簡易浴槽	円	
	自動排泄処理装置の 交換可能部分	円	移動用リフトつり具部分	円	
	入浴補助用具	円	排泄予測支援機器	円	
	前回までの給付実績 ②		合計金額（消費税込）①	円	
申請金額（①×70・80・90／100） ただし、①+②>10万円の場合は、（10万円－②）×70・80・90／100		円			
福祉用具が必要な理由	北九州市長 様				
私は、下記の事業者から本申請に係る特定福祉用具を購入しており、当該特定福祉用具購入に要した費用の請求及び当該費用の受領に関する権限を下記の事業者へ委任します。					
令和 年 月 日					
被保険者氏名 印					
※署名（自署）の場合は、押印する必要はありません					
事業者名					
代表者名					
北九州市長 様					
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。					
令和 年 月 日					
事業者名					
代表者名					
住所					
電話番号					
口座振込 依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合	本店・支店 出張所 本所・支所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	普通座		
口座名義人 (カタカナで記入)					

※ 裏面の注意事項もお読みください。

起案 決裁	令和 年 月 日	受 付	担 当	係 長	課 長				
右記のとおり決定してよろしいか。			決定区分	承認・非承認					
支払方法変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	合計金額(A)		円	申請入力				
前回までの給付実績(B)				円					
今回の給付対象金額(10割分)(C) (A)+(B)>10万円の場合は、10万円-(B)のみ対象				円					
決定 入力	給付率 (D)	%	保険給付額 (E)=(C)×(D) ※端数切捨	十	万	千	百	十	円

## 委 任 状

代 理 人 住 所 北九州市 区

氏 名 \_\_\_\_\_

を代理人と定め、表面の介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費（受領委任払）  
の受領を当該代理人に委任します。

委 任 者 住 所 北九州市 区

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※署名（自署）の場合は、押印する必要はありません

- 注意
- ・この申請書に、特定福祉用具概要書、パンフレットを添付してください。
  - ・「福祉用具が必要な理由書」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - ・市の介護保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任払いによる給付はできません。
  - ・事業者の代表者（申請者）名と口座名義人が異なる場合は、必ず上記の委任状欄を記入してください。