

介護保険特定福祉用具購入 記載例集

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)

フリガナ 被保険者氏名	ハトヤマ タロウ	保険者番号	113480									
	鳩山 太郎	被保険者番号	0000012345									
		個人番号										
生年月日	昭和 29 年 7 月 1 日											
住所	〒350-0314 鳩山町大字大豆戸184-16											
	電話番号 049-296-1210											
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									
入浴補助用具 〇〇シャワーチェア	〇〇株式会社 〇〇事業所	40,000円	令和 7 年 4 月 1 日									
入浴補助用具 〇〇浴槽手すり	〇〇株式会社 〇〇事業所	20,000円	令和 7 年 4 月 1 日									
		円	年 月 日									
福祉用具が 必要な理由	令和〇年〇月〇日に、左大腿骨頸部骨折で入院。退院後、ADLが低下し入浴時に転倒の危険性がある。また、トイレまでの移動に時間が掛かり、間に合わないことが増えた。 以上の理由から入浴補助用具及び腰掛便座の購入が必要である。											
鳩山町長 宛て		購入した福祉用具の種目・商品名、製造事業者・販売事業者等は、正確に記載してください。										
上記のとおり、受領委任払いにて居宅介		※商品名についても、極力省略せず、カタログどおりに記載してください。										
えて申請します。												
なお、支給決定通知書の内容について、販売業者にも知らせることを了承します。												
令和 7 年 4 月 10 日												
住所 鳩山町大字大豆戸184-16												
申請者		電話番号 049-296-1210										
氏 名 鳩山 太郎												

(添付書類)

☒受領委任払い同意書 ☒福祉用具を確認できる書面(カタログ・パンフレット等)

☒見積書 ☒被保険者負担額に係る領収証 ☒事業者の請求書(様式第3号)

☒福祉用具サービス計画書

様式の改正により、提出が必要になります。

町記入欄

滞納保険料	☐ なし ☐ あり	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
支給限度額		記載不要	
既支給済額			
支給残額			
		円	

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書

令和 7 年 3 月 20 日

鳩山町長 宛て

同意書の日付は、支給申請書の申請日より前の日付か同日
としてください。

受任者（販売及び施工事業者）

所在地 鳩山町大字赤沼1111-11

名称 ○○株式会社○○事業所

代表者氏名 代表取締役 福祉 介護

電話番号 049-296-1111



被保険者番号は、先頭の0も省略せず記載
してください。

委任者（被保険者）

被保険者番号 0000012345

被保険者住所 鳩山町大字大豆戸184-16

被保険者氏名 鳩山 太郎



上記の被保険者が介護保険の福祉用具購入又は住宅改修を利用するにあたり、被保険者に便宜を図るため下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。

- 福祉用具を販売後、又は住宅改修工事完成後に上記被保険者に対し介護保険給付額以外の費用を請求及び受領します。
- 当該介護保険給付については、町長に対し所定の書類を添えて申請のうえ受領します。なお当該介護保険給付については下記の口座に振込みを依頼します。

口座振込 依頼欄	埼玉				鳩山			種 目	口座番号						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店										
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	2 当座預金	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ					○○カブシキガイシャ ダイヒヨウトリシマリヤク フクシ カイゴ										
口座名義人					○○株式会社 代表取締役 福祉 介護										

口座番号は、先頭の0も省略せず記載して
ください。

請求書の日付は記載せず、必ず空欄ままとしてください。

様式第3号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費請求書

介護保険福祉用具購入費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

年 月 日

鳩山町長 宛て

請求者 所在地 鳩山町大字赤沼111-1
事業者名 ○○株式会社○○事業所
代表者氏名 代表取締役 福祉 介護
電話番号 049-296-111



請求金額	54,000円											
被保険者氏名	鳩山 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
販 売 額		被保険者負担額 (1割)	保険給付額 (9割)									
60,000円		6,000円	54,000円 ※1円未満切捨て									

※利用限度額は、20万円（請求金額は18万円、16万円又は14万円）までです。

- ・請求金額と保険給付額(9割)は、金額が一致します。
- ・販売額は、支給限度基準額10万円を超える場合でも、総額を記載してください。
- ・被保険者負担額は、介護保険負担割合1割～3割の金額(1万～3万)を記載してください。

小数点以下の処理方法については、以下のとおりです。
被保険者負担額⇒小数点以下切上げ
保険給付額⇒小数点以下切捨て

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ			保険者番号				1	1	3	4	8	0					
被保険者氏名			被保険者番号				0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	
			個人番号														
生年月日	年 月 日																
住所	〒																
福祉 (種目名)	受領委任払い・支給申請書と同様の記載方法です。																
	償還払いのため、被保険者本人又はその親																
	族口座へ住宅改修費の振込みを行います。																
	そのため、下欄に被保険者本人の口座又は、																
福祉用具 必要な理由	「 <u>委任状兼口座変更届出</u> 」・「 <u>申立書</u> 」																
	のいずれかを提出のうえ、親族等の口座情報																
鳩山町 上記の	を記載して下さい。																
	年 月 日																
	住 所																
申請者	電話番号																
	氏 名																

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

上記の申請に基づく給付費の支払について下記の口座に振り込むことを依頼します。

口座振替 依頼欄	鳩山		銀行 信用金庫 信用組合 農 協		大豆戸		本店 支店 出張所 本・支所		種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金								
	0 0 0 0				0 0 0			2 当座預金	0	0	0	0	0	0		
								3 その他								
	フリガナ				ハトヤマ タロウ											
	口座名義人				鳩山 太郎											

支給申請書の申請日より前の日付が同日としてください。

令和 7 年 〇 月 〇〇 日

委任状兼口座変更届

鳩山町長 宛て

(委任者)

住 所 鳩山町大字大豆戸 184-16

氏 名 鳩山 太郎

鳩印

私は、介護保険特定福祉用具購入申請に係る福祉用具購入費の受領について、以下の者に委任します。

(受任者)

住 所 鳩山町大字大豆戸 184-16

氏 名 鳩山 花子

鳩印

＜受任者口座情報＞

振込指定口座	鳩山	銀行 信用金庫 農 協 ()	大豆戸	本店 支 店 出張所 支 所	口座種目	口座番号							
	金融機関コード			支店コード		1. 普通	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0							0
	フリガナ					ハトヤマ ハナコ							
	口座名義人					鳩山 花子							

口座番号は、先頭の0も省略せず記載してください。

申立書

被保険者(本人)氏名を記載してください。

鳩山町長 宛て

故 鳩山太郎 にかかる介護保険福祉用具購入費の受領については、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記口座への振込みをお願いします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じても私が責任を持って処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

振込指定口座	鳩山	銀行 信用金庫 農協 ()	大豆戸	本店 支店 出張所 支所	口座種目	口座番号							
	金融機関コード			支店コード		1. 普通	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0							0
	フリガナ				ハトヤマ ハナコ								
	口座名義人			鳩山 花子									

令和 7 年 〇 月 〇〇 日

口座番号は、先頭の0も省略せず記載してください。

申立人(相続人代表)

住 所 鳩山町大字大豆戸184-16

氏 名 鳩山 花子

電話番号 049-296-1210

被相続人との続柄 妻

鳩山印

口座名義人と同一者としてください。