

被保険者死亡にともなう介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具支給申請書 記入例

用

フリガナ 被保険者氏名	世田谷 花子		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	負担割合	1	2	3	割
生年月日	昭和6年 9月20日	購入日の要介護認定有効期間	要介護( 1・2・3・4・5 ) 令和3年 4月 1日 ~ 令和4年 4月 30日															
住所	(例) 被保険者である、世田谷花子さんが亡くなり、配偶者である世田谷太郎さんが代表相続人として、福祉用具購入費支給申請書を記入する場合																	
福祉用具 利用する住 福祉 (種目名及び商品名)	腰掛便座 家具調トイレコンパクト																	
	販売	(株)	事業者番号											円	令和3年4月15日			
	製造	(株)	事業者番号											円	年 月 日			
	販売		事業者番号											円	年 月 日			
	製造		事業者番号											円	年 月 日			
代表相続人が書類を記載した日付を記載してください。	遺症により左下肢に... 行くが、夜間はトイレへ... 安全に排泄できる。																	
申請者氏名(本人)欄は、死亡した被保険者氏名と代表相続人を記載してください。	申請者氏名(本人)欄は、死亡した被保険者氏名と代表相続人を記載してください。																	
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和3年 4月 30日																		
申請者氏名(本人) <u>世田谷花子</u> 代表相続人 <u>世田谷太郎</u> 電話番号 03 ( 1234 ) 5678																		

代表相続人が書類を記載した日付を記載してください。

申請者氏名(本人)欄は、死亡した被保険者氏名と代表相続人を記載してください。

裏面の注意事項を確認のうえ、申請してください。  
「福祉用具が必要な理由」は、用具ごとに記載してください。理由欄が足りない場合は、裏面を利用してください。

上記の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。  
(本人以外の口座への振込を希望する場合、裏面の委任状(償還払い用)を必ず記入してください。)

口座振込依頼欄	銀行・信用金庫		本店・支店		預金	1. 普通預金	
	信用組合・農協		出張所		種別	2. 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード	口座番号 (右詰め)				
	フリガナ	口座名義人					

口座振込依頼欄は空欄にし、「介護給付費調査書兼申請書」に代表相続人の振込先口座を記入してください。

区記入欄	202104															
收受印	調査	決定	備考												職員	係長
	領収証	理由														
	支給履歴	年度内購入額													職員	課長
	有・無															

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	住記	ケア証	証(介・健・高齢・負担)更新通・社員証・年金	キャッシュ・外カ・シバパス通帳・診察券・図書力	証・更新通登記・委任
確認	通力	番力			
	番力	免許			

(裏)

支給額(9割・8割・7割分)を、本人以外の方の口座に振込みを希望する場合は記入してください。

( 福祉用具販売事業者への振込みはできません。 )

委 任 状(償還払い用)	
年 月 日	
委任者(本人) 住所	
私は、下	申請書の提出を販売業者が行う場合、申請委任用の委任状に記載をしてください。 日付:代表相続人が書類を記載した日を記載してください 委任者(本人)住所:代表相続人の世田谷太郎さんの住所を記載してください 氏名:死亡した被保険者氏名と代表相続人を記載してください
受任者	
氏名	続柄 ( )

申請書を提出する方が、本人以外の方の場合は記入してください。

委 任 状(申請委任用)	
令和 3年 4月 30日	
委任者(本人) 住所	世田谷区 世田谷 4-21-27
氏名	世田谷 花子 代表相続人 世田谷 太郎
私は、下記の者を代理人として福祉用具購入費支給申請の権限を委任します。	
代理人 住所	世田谷区 1-1-1
氏名	(株)

福祉用具が必要な理由
------------

この福祉用具購入費支給申請書に、以下の書類を順番に添付してください。

領収証原本(宛名は被保険者本人、領収金額が5万円以上の場合は、印紙税法に基づき領収証に収入印紙を貼付してください。)

福祉用具のパンフレット、カタログ等

すのこの購入の場合 設置場所の状況がわかる図面等と すのこのサイズがわかる見積もり等が必要です。

【注意事項】

- 入院(入所)中に福祉用具を購入した場合は、保険給付の対象になりません。
- 負担割合は領収証記載日(領収日)時点の負担割合を記入してください。
- 被保険者番号は「介護保険被保険者証」に記載されている10桁の番号です。
- マイナンバー(個人番号)は、個人番号の「通知カード」又は「マイナンバーカード」に記載されている12桁の番号です。