

天理市告示第169号

天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いに関する要綱（平成25年4月天理市告示第114号）の一部を次のように改正する。

令和8年7月31日

天理市長 並 河 健

第4条第1項中「【受領委任払い】」を削る。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第4条関係）

事業所番号									
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 ☐ 償還払い									
フリガナ		被保険者氏名		保険者番号		2 9 2 0 4 5			
				被保険者番号		0 0 0 0 0			
生年月日		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成		要介護状態区分		☐ 申請中(新規・区分変更・更新) ☐ 要支援1～2 ☐ 要介護1～5			
住所		〒							
		電話番号 ()							
福祉用具名 (下記から種目コードを選択のうえ 商品名を記入してください)		製造事業者名 販売業者名		購入金額(10割)		購入日			
①				円		年 月 日			
②				円		年 月 日			
③				円		年 月 日			
合 計				円					
種目 コード	01. 腰掛便座 02. 特殊尿器 03. 入浴補助用具 04. 簡易浴槽 05. 移動用リフトのつり具の部分 06. 自動排泄処理装置交換部品 07. 排泄予測支援機器 08. スロープ 09. 歩行器 10. 歩行補助杖								
天理市長 様 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。 年 月 日 申請者住所 申請者氏名 電話番号 ()									
☐ 本申請に係る介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費の受領の権限を下記の者に委任します。 年 月 日 受任者 住所 氏名 電話番号									
☐ 上記申請者から委任された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、別紙のとおり請求します。(受領委任払い) ☐ 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。(償還払い)									
口座振込 依頼欄	銀行		本店		種目		口座番号		
	信用金庫		支店		1:普通預金				
	信用組合		出張所		2:当座預金				
	農業協同組合				3:その他				
		金融機関コード		店舗コード					
		フリガナ							
		口座名義人							
添付書類		☐ 福祉用具が必要な理由		☐ 領収書		☐ 請求書(受領委任払い)			
		☐ 福祉用具サービス計画書		☐ 福祉用具のパフレット等		☐ 確約書(受領委任払い)			
※ 福祉用具は都道府県知事の指定を受けた事業所から購入してください。									

【市記入欄】

資格	☐ 1号 ☐ 2号	給付実績	有・無	負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
認定状況	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	保険料	未(有・無) 滞(有・無)		

福祉用具が必要な理由

☐ 添付書類にてご確認いただけるので、本紙への記載は省略いたします。

事業所名		理由書 作成者氏名	
種目 コード	01.腰掛便座 02.特殊尿器 03.入浴補助用具 04.簡易浴槽 05.移動用リフトのつり具の部分 06.自動排泄処理装置交換部品 07.排泄予測支援機器 08.スロープ 09.歩行器 10.歩行補助杖		
①			
種目 コード	01.腰掛便座 02.特殊尿器 03.入浴補助用具 04.簡易浴槽 05.移動用リフトのつり具の部分 06.自動排泄処理装置交換部品 07.排泄予測支援機器 08.スロープ 09.歩行器 10.歩行補助杖		
②			
種目 コード	01.腰掛便座 02.特殊尿器 03.入浴補助用具 04.簡易浴槽 05.移動用リフトのつり具の部分 06.自動排泄処理装置交換部品 07.排泄予測支援機器 08.スロープ 09.歩行器 10.歩行補助杖		
③			

様式第 2 号中「㊟」を削る。

附 則

この要綱は、令和 8 年 8 月 1 日から施行する。