

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

保険者番号 4 6 2 1 5 0

被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
フリガナ	トウゴウ ハナコ	所属事業所	□□□居宅介護支援事業所
被保険者氏名	東郷 ハナコ	氏名	祁答院 太郎
		連絡先	□□-1234
		要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 3年 10月 12日	介護認定日	●27. 4. 10
性別	男・女	介護認定期間	●27. 4. 1 ~ ●28. 3. 31
住所	〒 895-0076 薩摩川内市大小路町△△番〇〇号		電話番号 0996-△△-9876

●は元号です。例:令和→R

福祉用具名	種目 商品名	製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日
入浴補助用具 シャワーベンチ		アロン化成 株式会社 △△	16,000 円	●27年12月20日
腰掛便座 ポータブルトイレ		TOTO 株式会社 △△	18,900 円	●27年12月20日
			円	日

「購入日」は領収証の領収日と同日です。

福祉用具が必要な理由
・小脳出血で移動時や立ち上がりの時にふらつきがある。安全に洗身行為が行えるように、シャワーベンチが必要。
・腰部脊柱管狭窄症により、トイレまでの移動が困難なためポータブルトイレが必要。

薩摩川内市長 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。
△△〇〇年 1月 7日
住所 薩摩川内市 大小路町 〇〇〇〇番地 電話番号 996-〇〇-1234
申請者 東郷 ハナコ 被保険者との関係 (本人)

同上不

シャチハタ不可!!

個人コード この欄は、市職員が記入します。

注意 この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット(写し)等を添付して下さい。

「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。

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下さい。

口座振込 依頼欄	鹿児島 銀行・信用金庫 農協・信用組合	川内 本店・支所 支店 出張所 店・代理店	種目	口座番号
	金融機関コード		店舗コード	普通
	0 1 8 5	3 0 0		1 1 1 1 1 1
フリガナ	トウゴウ ハナコ			滞納
口座名義人	東郷 ハナコ			オンライン 入力
				この欄は、市職員が 記入します。

右詰め

①申請額		③一部負担額	
②福祉用具単位数		この欄は、市職員が記入します。	
		支払日	年 月 日

記入要領(注意点)

I. 福祉用具名(種目)

以下の5種目のいずれかであること

- 1 腰掛便座
- 2 自動排泄処理装置の交換部分
- 3 入浴補助用具
- 4 簡易浴槽
- 5 移動用リフトつり具

II. 福祉用具名(商品名)

商品名のみ記入でよい。

品番・型番は記入する必要はない

- ポータブルトイレ
- × ポータブルトイレ NH-20

記入例

- 1 腰掛便座
 - 1)ポータブルトイレ
 - 2)補高便座
 - 3)ナーセントトイレ
 - 4)トイレチェア
- 2 自動排泄処理装置の交換部分
 - 1)スカットクリーンのレシーバー
 - 2)ヒューマニー
チューブ・タンクセット
- 3 入浴補助用具
 - 1)浴槽用手すり
 - 2)シャワーベンチ
 - 3)シャワーキャリー
 - 4)浴室用すのこ
 - 5)浴槽台
 - 6)入浴介助用ベルト
- 4 簡易浴槽
 - 1)ケアリフバス
 - 2)ポータブルバス
- 5 移動用リフトつり具
 - 1)ソルフィットスリングシート交差式ハイバックタイプ
 - 2)ネバスリングシート(フルサイズ)

III. 製造事業者名

「安寿」は製造業者ではありません。

- 例) アロン化成
豊通オールライフ
TOTO 等

IV. 申請者と振込口座

- ・申請者が市外居住者の場合、申請者の生年月日を記入すること
- ・申請者と口座名義人が異なる場合は、「委任状」を添付すること
- ・申請書及び委任状の申請者印は、同一のものを使うこと

V. その他

- ★記載誤りで訂正する場合は、二重線を引いて申請者印もしくは申請書作成者の印鑑で訂正印を押す。
- ★修正液・修正テープでの修正は不可。
- ★口座振込依頼欄の訂正印は、口座名義人の印鑑に限る。
- ★申請者と口座名義人が異なるときは委任状が必要。
- ★委任状の申請者印と申請書の申請印は同一のものを使うこと。