

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カイゴ ハナコ	被保険者番号	
被保険者氏名	介護 花子	0000012345	
生年月日	明・大・昭 △△年 △月 △日		
住 所	〒238-1111 横須賀市小川町1丁目1番地 電話番号 〇〇〇—××××		
福祉用具の種目 (該当種目に○)	腰掛便座 入浴補助用具 簡易浴槽 排泄予測支援機器 自動排泄処理装置交換可能部品 移動用リフトのつり具 スロープ 歩行器 歩行補助つえ		
製造事業者名	商 品 名	購入金額	
(株) 福祉化学工業	ポータブルトイレ	¥27,000	
ケアフリー製作所	シャワーチェア	¥19,440	
担当ケアマネジャーの名前と福祉用具を購入する理由を記載してください。ケアプランのコピー添付の場合は本欄の記載は不要です。ケアマネジャーのいない方は福祉用具販売専門員の作成した福祉用具販売計画のコピーを添付してください。		号	
		購入年月日 令和△△年 ○月 ○日	
		購入金額合計（消費税込）	
		¥46,440	
福祉用具が必要な理由(購入用具ごとに記載)	筋力低下により、夜間のトイレ利用時の移動に不安があるためポータブルトイレを利用する		
担当ケアマネジャー (福祉 一郎)	入浴時の転倒を予防し安定した姿勢を確保するためシャワーチェアを利用することにした。		
※1.担当ケアマネジャーが作成するケアプランのコピーを添付する場合は理由の記載は不要です。 ※2.担当ケアマネジャーがいない場合は理由の記載は不要です。福祉用具専門相談員の作成した福祉用具サービス計画書のコピーを添付してください。 ※3.排泄予測支援機器を購入する場合は、医学的な所見の確認のための書面及び排泄予測支援機器確認調査の提出が必要です。			
あて先 横 須 賀 市 長			
上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請をします。			
令和 年 月 日			
住 所 横須賀市小川町1丁目1番地			
申請者氏名 (被保険者)		介護 花子	
		電話番号	

被保険者となります。やむを得ない事情でご本人が記入不可能な場合はご家族様が代筆にてご記入ください。

なお、被保険者の死亡後に申請される場合は、介護保険課給付係にご相談ください。(046-822-8253)

指 定 振 込 口 座

振 込 口 座 欄	金融機関名				本・支店名											
					個人の口座をご指定ください。法人 の口座は認められません。											
	金融機関コード				店舗コード			種目		口座番号						
								普 通 当 座								
	フリガナ				カイゴ タロウ											
	口座名義人				介 護 太 郎											
委 任 欄 【口座名義人が被保険者 でない場合】				この申請に係る金銭の受領を上記の者（口座名義人）に 委任します。 介 護 花 子 被保険者												

被保険者以外の方の口座を指定される場合、被保険者の記名が必要です。

事 務 処 理 欄

添 付 書 類	☐ 領収書原本 ☐ 購入福祉用具のパンフレット等 ☐ 福祉用具サービス計画書またはケアプランのコピー ☐ 医学的な所見が記載された書面（排泄予測支援機器の場合） ☐ 排泄予測支援機器 確認調書
---------	---

介護保険課の事務処理確認欄です。記入しないでください。