

記入例

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	イチノミヤ タロウ		保険者番号	232033	
被保険者氏名	一宮 太郎		被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
生 年 月 日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日		領収証の日付		
住 所	一宮市 本町2丁目5番6号				
種目※	商品名	個数	製造事業者名	購入金額 (1個あたり)	購 入 日
3	〇〇シャワーチェア	1	(株) 〇〇	30,000 円	〇〇年 〇〇月 〇〇日
種目は下記の1～9から選択しご記入ください。 ※種目は下記の番号から選択し記載してください。 1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 排泄予測支援機器 4. 入浴補助用具 5. 簡易浴槽 6. 移動用リフトのつり具部分 7. スロープ 8. 歩行器 9. 歩行補助つえ 同じ商品を複数購入する場合は、必要数を個数欄にご記入ください。その場合の購入金額欄には1個あたりの金額をご記入ください。					
福祉用具販売事業者名		◆◆福祉用具販売事業所		介護保険事業者番号	2 3 7 2 2 0 0 0 0 0
事業者住所		◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆		福祉用具専門相談員氏名	◆◆ ◆◆
(身体状況、既往歴等) 右大腿骨骨折により、〇月末まで入院していた。それによってADLが著しく低下している。 (必要な理由) 以下より選択してください。その他の場合は選択のうえ、理由をご記入ください。 ☒ 床からの立ち上がりが困難なため ☒ 立位・座位保持が困難なため ☐ 浴槽内での立ち座りが困難なため ☐ 跨ぎ動作が困難なため ☐ トイレまでの移動が困難なため ☐ 車いすや歩行器等での移動が困難なため ☐ 転倒リスクが高いため ☐ 和式トイレでの排泄が困難なため ☐ その他 該当する理由を選択してください。 該当する理由を選択してください。 ◎ スロープ購入の場合 設置箇所: ◎ 再購入の場合 (再購入の理由を選択のうえ、具体的に記入してください。破損の場合は写真の添付が必要です。) ☐ 破損のため ☒ 状態の悪化により、過去に購入したものが使用できなくなったため ☐ その他 (平成〇〇年に背もたれのない入浴用いすを購入。入院前までは問題なく使用できていたが、入院の影響で背もたれがないものでは、座位保持が困難になってしまった。そのため背もたれのある入浴用いすが必要。) 破損: 破損箇所、部品交換で対応ができない旨を記入してください。 状態悪化: 状態がどのように変化しているか、状態の変化により新たにどのようなものが必要となるかを記入してください。					
被保険者本人の住所、氏名、電話番号をご記入ください。申請日時点で本人が死亡している場合は相続人の住所等をご記入ください。 住所 一宮市 本町2丁目5番6号 氏名 一宮 太郎 電話番号 0586-28-9018					

(あて先) 一宮市会計管理者

当該福祉用具購入費の支給については、下記の口座へ振り込んでください。

口座振込 依頼欄	〇〇	銀行	〇〇	本店	種 目	口座番号
		信用金庫		支店		
		農 協		出張所	1 普通預金	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	金融機関コード		店舗コード	2 当座預金		
				3 その他		
フリガナ	イチノミヤ タロウ					
口座名義人	一宮 太郎					

* 申請者以外の口座に振込を希望される場合は、以下もご記入ください。

支給決定金額については、上記口座名義人に受領委任します。氏名(申請者)

【添付書類】・福祉用具購入品の概要がわかる申請者以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。)

* 排泄予測支援機器の場合のみ