

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				保険者番号	232033		
被保険者氏名				被保険者番号			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日						
住 所	一宮市						
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		
				円	年	月 日	
				円	年	月 日	
				円	年	月 日	

※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

福祉用具販売事業者名		介護保険事業者番号	
事業者住所		福祉用具専門相談員氏名	

福祉用具 が 必要な理由	(身体状況、既往歴等)
	(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 ()
	◎ 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 ()

(あて先) 一宮市長

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。なお、福祉用具貸与と販売の選択制の対象種目の場合、十分な説明を受けたうえで選択・購入しました。

年 月 日

住 所 一宮市

申請者

氏 名

電話番号

(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	銀 行	本 店	種 目	口座番号
	信用金庫	支 店		
	農 協	出張所	1 普通預金	
	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			
	口座名義人			

* 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もの(パンフレット等) ・領収証(原本、宛名は被保険者氏名に限る)

* 排泄予測支援機器の場合のみ添付 ・医学的所見のわかるもの ・排泄予測支援機器確認調書