

様式第16号(第4条関係)

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		1	7	2	1	1	4
被保険者 氏名				被保険者番号							
				介護認定区分	要支援	1・2					
生年月日	(大正・昭和) 年 月 日生			要介護	1・2・3・4・5						
住 所	〒 石川県能美市										
	電話番号() -										
販売業者名				販売指定 (○印)	指定特定介護予防福祉用具販売事業所						
					指定特定福祉用具販売事業所						
				電話番号() -							
福祉用具名	商品名	種 目	製造業者名	購入・貸与金額		購入・貸与年月日					
	A	腰掛便座・排泄予測支援機器 自動排泄処理装置の交換部品・リフトつり具 入浴補助用具・簡易浴槽・歩行器 固定用スロープ・歩行補助杖		円		令和 年 月 日					
	B	腰掛便座・排泄予測支援機器 自動排泄処理装置の交換部品・リフトつり具 入浴補助用具・簡易浴槽・歩行器 固定用スロープ・歩行補助杖		円		令和 年 月 日					
	C	腰掛便座・排泄予測支援機器 自動排泄処理装置の交換部品・リフトつり具 入浴補助用具・簡易浴槽・歩行器 固定用スロープ・歩行補助杖		円		令和 年 月 日					
能美市長 あて 上記のとおり関係資料を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 石川県能美市											
申請者 (被保険者) 氏名			電話番号() -								

- 添付資料 : ①領収書(コピー可)
 ②購入または貸与された用具が掲載されているパンフレット(コピー可)
 ③通帳のコピー(口座番号がわかるページ) ※公金受取口座を利用する場合は通帳のコピーの添付不要
 ④「排泄予測支援機器」を購入する場合は、医学的な所見が分かる書類を添付してください。

注意事項 :「福祉用具の選定基準の照合および必要な理由」については、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。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。					個人番号(被保険者)						
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
被保険者 口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合 農業協同組合	金融機関コード	店舗コード	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号					
					1. 普通預金						
	フリガナ	3. その他									
口座名義人											

* 市記入欄

保険料納付状況	過去履歴確認	整理簿入力	システム入力	福祉用具購入費支給額				
滞納 (有・無)	有・無 (残: 円)			(× 0.	= (支給額:	円)

◎福祉用具の選定基準の照合及び必要な理由(「**介護支援専門員**」又は「**あんしん相談センター職員**」が記入。)

介護保険における福祉用具の選定基準 [老高発第0802第2号] (令和6年8月2日付)		現在の要介護度(状態像)では、使用が想定にくい福祉用具に該当するか	
		用具A	該当しない・該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有・無)
		用具B	該当しない・該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有・無)
		用具C	該当しない・該当⇒あんしん相談センターへの相談・連絡の実施の有無(有・無)
※使用が必要な理由(購入用具ごとに選択して下さい。)			
用具A	<input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保	
用具B	<input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保)
用具C	<input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保)
※特記事項			
事業所名等	担当介護支援専門員等: 電話番号 : () -		