

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	〒 ー 石川県能美市 電話番号() ー										
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() ー								
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			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			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			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() ー											

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)				個人番号(被保険者)			
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。							
<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		本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通預金		
					2. 当座預金		
					3. その他		
フリガナ							
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)			(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、使用が想定し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"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保 <input type="checkbox"/> その他()				
用具B	<input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保 <input type="checkbox"/> その他()				
用具C	<input type="checkbox"/> 転倒防止 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 安全・安心の確保 <input type="checkbox"/> その他()				
※特記事項					
事業所名等	担当介護支援専門員等： ----- 電話番号：() -				