

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	購入金額	購入年月日			
	A	腰掛便座・特殊尿器・簡易浴槽入浴補助用具・リフトつり具 排泄予測支援機器		円	令和	年	月 日	
	B	腰掛便座・特殊尿器・簡易浴槽入浴補助用具・リフトつり具 排泄予測支援機器		円	令和	年	月 日	
C	腰掛便座・特殊尿器・簡易浴槽入浴補助用具・リフトつり具 排泄予測支援機器		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() ー								

- 添付資料：①領収書(コピー可)
 ②購入し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	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				
フリガナ							
口座名義人							
3. その他							

* 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 [老振発第0617001号] (平成16年6月17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"/> 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：() -	