

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (受領委任用)

個人番号					保険者番号				
被保険者名	(フリガナ)				被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	負担割合				
住所	〒.....								
電話番号									
福祉用具名 ※1 種目名	商品名	製造業者名	販売業者名	購入金額	購入日				
				円	年 月 日				
				円	年 月 日				
				円	年 月 日				
福祉用具が必要な理由									
【確認者】 指定居宅介護 支援事業者	住所 〒.....								
	名称								
	介護支援専門員 氏名				印 電話番号				
<p><b>富良野市長 様</b></p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく福祉用具購入費の請求及び受領を下記の者に委託します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所.....</p> <p>氏名..... 印 電話番号.....</p> <p>代理人 住所.....</p> <p>氏名..... 印 電話番号.....</p>									
受領委任を受ける事業所名 及び代表者名	印								
口座振替 依頼欄	金融機関		口座名義人		種類	口座番号			
	銀行 信金 信組		(フリガナ)						
	本店 支店 出張所				普・当				

※1 種目名 (入浴補助用具・腰掛便座・簡易浴槽・移動リフトつり具・自動排泄処理装置の交換可能部品) を記入してください。

- (注意) 1 この申請書には、領収書の原本と福祉用具のパフレットの写しを添付してください。領収書は確認 (コピー) 後、お戻しします。
- 2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面または別紙に記載してください。
- 3 保険料の滞納により、「支払い方法の変更」で償還払い給付となっている方は、受領委任の取扱いはできませんので、事前に市に確認してください。

(追加欄) 福祉用具が 必要な理由	

\*市記入欄

□ 福祉用具種目認定							
腰掛便座	<input type="checkbox"/> 和式を腰掛式に変換 <input type="checkbox"/> 洋式の高さ調整 <input type="checkbox"/> 電動またはスプリング式で立ち上がり補助 <input type="checkbox"/> 移動可能な便器 (水洗式も含む)	自動排泄処理装置の交換可能部品	□※1レシーバー、チューブ、タンク等のうち尿や便の経路となるもの				
簡易浴槽	□※2居室で必要時に入浴可能なもの	入浴補助用具	□入浴用いす (座面おおむね 35 ㌢) 以上 またはリクライニング機能あり □浴槽内いす (浴槽内において使用) □浴槽用手すり (浴槽の縁を挟み込む) □入浴台 (浴槽の縁にかけ出入りを容易にする) □浴室用すのこ (浴室床の段差解消) □浴槽内すのこ (浴槽内の段差解消) □入浴用介助ベルト (身体に直接巻き付けて使用する)				
移動リフトつり具	□移動リフトに連結可能						
排泄予測支援機器	□膀胱内の状態を感知し、尿量を測定するもの						
□※3 スロープ (固定用)		□歩行器 (歩行車を除く)		□※3 歩行補助つえ (松葉杖を除く)			
□ 非該当 (理由) □対象品目外 □その他							
審査決定額調書							
添付書類の確認		□パンフレット □領収書		年度内の福祉用具購入の有無			有・無
基準限度額 ①	年内利用済額 ②	支給限度額 ①-②=③	今回の購入額 ④	負担割合	支給額	③>④ ③<④	④×給付割合 ③×給付割合
円	円	円	円	割			
支給決定額		円	要介護度	支1	支2	1	2 3 4 5
要介護・要支援の負担区分	要支援負担額	円	備考				
	要介護負担額	円					

- ※1 居宅要介護者等またはその介護を行うものが容易に交換できるもの。  
専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シート等の関連製品を除く。
- ※2 取水または排水のための工事を伴わないもの。
- ※3 スロープ・ロフトランドクラッチなど、必要に応じて複数個の購入可能。

※ スロープ・歩行器・歩行補助つえ の 3 種目は貸与と販売の選択が可能