

(表)

審査	係

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払い用)									
フリガナ				被保険者番号					
被保険者氏名				個人番号					
生年月日				性別	男・女				
住所	〒			電話番号					
現在の要介護状態区分等	要介護区分 1 2 3 4 5				要支援区分 1 2				
	有効期間 年 月 日から				年 月 日				
福祉用具名 (種目名および商品名)	1	製造事業者名		購入金額 A	購入日				
	2	販売事業者名							
	1			円	年 月 日				
	2			円	年 月 日				
	1			円	年 月 日				
	2			円	年 月 日				
◎福祉用具が必要な理由は裏面のとおり ※理由申立人が本人または家族の場合、福祉用具専門相談員作成のサービス計画書の写しを添付				負担割合	自己負担額	A×負担割合(※円未満切上)合計			
				割		円			
鯖江市長 様 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受領委任払いにより申請します。なお、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領について次の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 (委任者) 氏名 印 電話番号									
鯖江市長 様 上記居宅介護(介護予防)福祉用具購入費については、受領委任払いにより取り扱うことに同意します。居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。 住所 事業者 (受任者) 事業者名 代表者名 印 電話番号									
口座振込 依頼欄	フリガナ	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
				1普通預金 2当座預金 3					
口座名義人									

添付書類：① 自己負担分の領収証(保険給付対象額の1割、2割または3割分)
② 福祉用具のパフレット等

※保険給付額の算定(申請者は記入しないこと。)

支給決定額(⑤-⑥) 円	①支給限度基準額	円	(年度内支給限度基準額)
	②年度内支給済額	円	(年 月 日購入分)
自己負担額⑥ (⑤×0.1・0.2・0.3) 円	③年度内支給可能基準額	円	(①-②×100/90・100/80・100/70)
	④今回購入額	円	
	⑤支給基本額	円	(③と④の低い方の額)

(裏)
福祉用具を必要とする理由書

種 目	申請に係る状況	当該特定福祉用具を必要とする理由
1 腰掛便座	①年度内新規購入	
	②破損	
	③要介護状態等の変化	
	④その他特別の事情 ()	
2 自動排泄処理装置の 交換可能部品	①年度内新規購入	
	②破損	
	③要介護状態等の変化	
	④その他特別の事情 ()	
3 入浴補助用具 (1) 入浴用椅子 (2) 浴槽用手すり (3) 浴槽内椅子 (4) 入浴台 (5) 浴室内すのこ (6) 浴槽内すのこ (7) 入浴用介助ベルト	①年度内新規購入	
	②破損	
	③要介護状態等の変化	
	④その他特別の事情 ()	
4 簡易浴槽	①年度内新規購入	
	②破損	
	③要介護状態等の変化	
	④その他特別の事情 ()	
5 移動用リフトの つり具の部分	①年度内新規購入	
	②破損	
	③要介護状態等の変化	
	④その他特別の事情 ()	

※ 該当種目に○をつけること。

理由申立人氏名
申立人住所または所属居宅
介護支援事業所等名称

印

被保険者との関係 本人・家族・担当介護支援専門員・地域包括支援センター職員・その他 ()