

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									
フリガナ									
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	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			購入日		
	2 販売事業者名								
	1			円			年 月 日		
	2								
	1			円			年 月 日		
	2								
	1			円			年 月 日		
	2								
◎福祉用具が必要な理由は裏面に記載したとおり ※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		割
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申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号									
添付書類:①領収証 ②福祉用具のパフレット等 ③委任状(本人口座以外に振込の場合)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ください。									
口座振込 依頼欄	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				
	フリガナ								
		口座名義人							

(表)

※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 ( )