様式第１４号の２（第１５条の２関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 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 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 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 | | | | |
|  | | | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　 (委任者)　 　 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　 (受任者)　　 代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 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 | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 福祉用具のパンフレット等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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）

【種目】※該当種目に〇を付けること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 腰掛便座 | 自動排泄処理装置の交換可能部品 | 排泄予測支援機器  ※事前相談必要 | 入浴補助用具 | 簡易浴槽 |
| ⑴ 入浴用椅子  ⑵ 浴槽用手すり  ⑶ 浴槽内椅子  ⑷ 入浴台  ⑸ 浴室内すのこ  ⑹ 浴槽内すのこ  ⑺ 入浴用介助ベルト |
| 移動用リフトのつり具の部分 | スロープ | 歩行器 | 歩行補助つえ |  |

|  |
| --- |
| 福祉用具が必要な理由  （個々の用具ごとに記載してください） |

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

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（ ）