様式第１４号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 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 | | | | | | | | | | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　 　　　 　 　 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 添付書類：①領収証　②福祉用具のパンフレット等　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 | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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) | ①支給限度基準額 | 円 | (年度内支給限度基準額) |
| 円 | ②年度内支給済額 | 円 | (　　年　　月　　日購入分) |
| 自己負担額 ⑥ | ③年度内支給可能基準額 | 円 | (①－②×100／90・100／80・100／70) |
| (⑤×0.1・0.2・0.3) | ④今回購入額 | 円 |  |
| 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（ 　 ）