介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

（提出先）

　平塚市長

　　下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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号　 　　（　　　）

　　　申請者

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　被保険者との関係

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | １ | ４ | | ２ | ０ | ３ | ４ |  | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 生年月日 | | | | | | 明・大・昭　　　　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | | | | | | | | | 製造事業者 | | | 購入金額 | | | | 購 入 日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | □居宅介護支援事業者名  □介護予防支援事業者等名 | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売事業者名 | | | | | | | | | | | | | 特定（介護予防）福祉用具販売計画は、居宅サービス計画に沿って作成されていることを確認しています。  介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売事業所番号 | | | | | | | | | | | | | 特定（介護予防）福祉用具販売計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成しています。  　　　　　　　 福祉用具専門相談員 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
| 委任欄 | | | 私（被保険者）は、　　　　　　　　（続柄　　　　）に対して、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給に関する申請及び購入費の受領に関する権限を委任します。なお、私の購入費については、下記の口座への振り込みをお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※口座名義人が申請者、被保険者とも異なる場合は、氏名の後に括弧書きで続柄を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | | 本　店  支　店  出張所  支　所 | | | 種　　目 | 口　　座　　番　　号 | | | | | | |
| １　普通預金  ２　当座預金  ３　そ の 他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |

**※裏面注意事項を必ずお読みの上、ご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考（履歴等）  市使用欄 |  | 履歴 | 納付 | 生保 |  | 総費用 | 給付額 | 自己負担額 |  | 口座確認 |
|  |  | □無  □有 | □完納  □未納 | □無  □有 |  | 円 | 円 | 円 |  |  |

注意事項

１　領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください（パンフレットはコピー可）。

２　「福祉用具が必要な理由」については、個の用具ごとに身体状況等具体的にご記入ください。

３　ケアマネジャーがいる方は、原則として居宅介護支援事業者名をご記入し、「福祉用具が必要な理由」をケアマネジャーがご記入ください。

４　ケアマネジャーの承認があり、特定（介護予防）福祉用具販売計画が居宅サービス計画に沿ったものである場合には、特定（介護予防）福祉用具販売計画の添付でも構いません。

５　ケアマネジャーがいない方は、福祉用具専門相談員が「福祉用具が必要な理由」にご記入していただくか、特定（介護予防）福祉用具販売計画を添付してください。

６　適正に特定（介護予防）福祉用具販売計画が作成されているかの確認のため、ケアマネジャーがいる方は、ケアマネジャーの氏名を、ケアマネジャーがいない方は、福祉用具専門相談員の氏名を記入していただく必要があります。

７　福祉用具を購入した日（領収書の日付）が、病院・施設に入院・入所中（外泊含む）であった場合は、購入費を支給できません。

**【特定福祉用具購入の申請する場合は、必ずこのシートでチェックして下さい】**

**利用者にケアマネジャーがいる。**

**利用者にケアマネジャーがいない。**

**ケアマネジャーが本申請書の「福祉用具が必要な理由」欄を御記入ください。また、居宅サービス計画に基づいた特定福祉用具販売計画を作成していることを確認するため、ケアマネジャーの氏名の記入が必要です。**

**特定福祉用具販売計画が居宅介護サービス計画に沿って作成されたものであることとケアマネジャーが確認している。**

**福祉用具相談員が作成している特定福祉用具販売計画を添付するか、本申請書の「福祉用具が必要な理由」欄を記入のうえ、申請書を提出してください。**

**また、適正に特定福祉用具販売計画を作成していることの確認のため、福祉用具相談員の氏名の記入が必要です。**

**本申請書にケアマネジャーの氏名を記入し、特定福祉用具販売計画を添付のうえ、申請書を提出してください。**

**原則**

**場合によっては**

**ＹＥＳ**

**スタート**