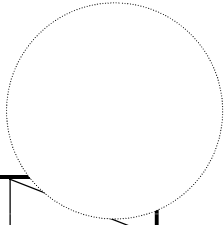


介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書



フリガナ		性別	保険者番号								
被保険者氏名		男・女	被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号						
住所									電話番号	—	—
福祉用具の種目名	製造事業者名		販売事業者名		購入金額						
福祉用具商品名			TAISコード		購入年月日						
①									円		
									年 月 日		
②									円		
									年 月 日		
③									円		
									年 月 日		
福祉用具を必要とする理由	居宅介護支援事業所等名		介護支援専門員等氏名								
	個々の福祉用具の商品ごとに、必要とする理由を記載してください。										
<p>砺波地方介護保険組合 理事長 あて</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 — —</p> <p>申請者 氏名（自署） (被保険者との関係)</p>											

- 「福祉用具を必要とする理由」欄に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
また、居宅サービス計画書（第1～4表）の写しを添付される場合は、記入不要です。
- 添付書類 領収証 購入した特定福祉用具のカタログの写し等
排泄予測支援機器を購入した場合、 居宅サービス計画書（第1～4表）の写し 排泄予測支援機器確認調査
選択制の対象福祉用具を購入した場合、 居宅サービス計画書（第4表）の写し

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。

口座振替	銀行	本店	預金種目	口座番号					
	信金・信組	支店		1 普通					
依頼欄	農協・労金	出張所	2 当座						
	金融機関コード	店舗コード		3 その他					
			[]
	フリガナ								
	口座名義人								

注意 ■ 振込口座が被保険者本人名義でない場合は、裏面の「代理受領委任状」欄も記載してください。

要介護度	介護・予防	前歴	無・有	担当介護支援事業	支給額	構成市
------	-------	----	-----	----------	-----	-----

代理受領委任状

年 月 日

砺波地方介護保険組合 理事長 あて

委任者 住所 _____
(被保険者)
氏名 _____

私は、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費（ 年 月購入分）の支給について、下記の名義人の口座に振り込むことを委任します。

受任者 住所 _____
(受取人)
氏名 _____
電話番号 _____

被保険者との続柄

裏面

-
- 「福祉用具を必要とする理由」については、個々の商品ごとに記載してください。

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		性別	保険者番号	
被保険者氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号		
住所	電話番号 - -			
ア 福祉用具の種目名	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	
イ 福祉用具商品名		ウ TAISコード	購入年月日	
①			円	
			年 月 日	
②			円	
			年 月 日	
③			円	
			年 月 日	
福祉用具を必要とする理由	居宅介護支援事業所等名 介護支援専門員等氏名 個々の福祉用具の商品ごとに、必要とする理由を記載してください。 エ			
砺波地方介護保険組合 理事長 あて 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。 オ 年 月 日 住所 電話番号 - - 申請者 氏名（自署） （被保険者との関係）				

- 「福祉用具を必要とする理由」欄に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。また、居宅サービス計画書（第1～4表）の写しを添付される場合は、記入不要です。
- 添付書類 領収証 購入した特定福祉用具のカタログの写し等
 排泄予測支援機器を購入した場合、 居宅サービス計画書（第1～4表）の写し 排泄予測支援機器確認調査選択欄の対象福祉用具を購入した場合、 居宅サービス計画書（第4表）の写し

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。

カ 口座振替	銀行	本店	預金種目	口座番号
	信金・信組	支店	1 普通	
依頼欄	金融機関コード	出張所	2 当座	
		店	3 その他	
		店舗コード	[]
	フリガナ			
	口座名義人			

注意 ■ 振込口座が被保険者本人名義でない場合は、裏面の「代理受領委任状」欄も記載してください。

要介護度	介護・予防	前歴	無・有	担当介護支援事業	支給額	構成市
------	-------	----	-----	----------	-----	-----

<記入する際の留意点>

ア 「福祉用具の種目名」欄に記入する名称は、

以下のいずれかを記入してください。
 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、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、固定用スロープ、歩行器、歩行補助つえ

イ 「福祉用具商品名」欄に、

購入した特定福祉用具のパンフレット等に表示された商品名を記入してください。

ウ 購入した特定福祉用具のパンフレット等にTAISコードが表示されていない場合、

「福祉用具商品名」の後に、「品番」を記入してください。

エ 「福祉用具を必要とする理由」欄には、

被保険者を担当する介護支援専門員がおられる場合は、介護支援事業所名、担当者名を記入してください。なお、担当の介護支援専門員がおられない場合は、福祉用具販売店の福祉用具専門相談員が記載してください。

- ・「福祉用具を必要とする理由」について、居宅サービス計画書又は福祉用具サービス計画書を提出されてもかまいません。
- ・被保険者の身体状況などSWI H（被保険者はいつ、どこで、何を、なぜ）を押さえて、できるだけ詳しく記載してください。
- ・①～③の福祉用具の商品ごとに必要とする理由を記載してください。
- ・「固定用スロープ」「歩行器」「歩行補助つえ」を複数購入する場合は、複数必要な理由と個数が分かるように記載してください。

オ 日付は、

申請者が自署された日付、又は実際に申請を行う日付を記入してください（記入日に申請されなかった場合でも、申請書の日付は修正不要です。）。

- ・被保険者本人が死亡の場合、その法定相続人（被保険者の甥・姪は該当、従兄弟・従姉妹は非該当）による申請ができます。続柄を証明するための戸籍謄本（コピー可）を添付してください。
- ・相続人が被保険者と住民票上の同一世帯員である場合は、添付不要です。
- ・被保険者本人が入院中（入所中）に死亡するなど、自宅で利用できなかった場合は、介護保険の給付対象とはなりません（購入費全額が自己負担となります。）。

カ 被保険者本人以外の口座への振込を希望される場合は、

代理受領委任状【申請書の裏面】の記入が必要です。

申請者が自署された日付、又は実際に申請を行う日付を記入してください。