

様式第1号 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

ふりがな			保険者番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日	大・昭 年 月 日		要介護度等												
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
住所	電話番号(- -)														
種 目	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ														
特定福祉用具名			製造事業者名			購入金額			購入日						
① (TAISコード)						※領収金額を記入してください。 円			※領収日を記入してください。						
② (TAISコード)						円			年 月 日						
③ (TAISコード)						円			年 月 日						
福祉用具が必要な理由			※別紙「特定福祉用具が必要な理由について」に記載する。または「居宅サービス計画書(第1表~第4表)」或いは、「福祉用具サービス計画書」の写しを添付してください。												
砺波地方介護保険組合理事長 様															
前のとおり、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			※署名日は、署名された日或いはこの申請書を市の受付窓口に提出した日のいずれかを記入してください。												
申請者 (受領委任事業所)															
所在地 〒			事業所番号												
事業所名			電話番号												
代表者氏名			担当者氏名												
上の事業所に居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求			※「代筆者」欄は、被保険者の家族が代筆する場合、「代筆者」欄の上部に代筆者の住所を記入してください。												
被保険者氏名			代筆者 (署名)			(被保険者との続柄)									
【添付】・領収証、購入した特定福祉用具のカタログの写し ・排泄予測支援機器を購入した場合、排泄予測支援機器確認調査、医学的な所見を確認した書類(居宅サービス計画書(第4表)の写しなど) ・スロープ、歩行器、歩行補助つえを購入した場合、居宅サービス計画書(第4表)の写し															
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。															
口座振込 依頼欄	銀行 信金・信組 農協・労金		本店 支店 出張所		種 目		口 座 番 号								
	金融機関コード				1 普通預金										
					2 当座預金										
	ふりがな		※被保険者から保険給付額の受領について委任を受けた場合、「口座振込依頼欄」に事業所の振込先を必ず記入してください。												
口座名義人															

事務	給付実績	負担割合	支給決定額
処理欄	無 ・ 有 (円)	割	円

「特定福祉用具が必要な理由について」

※介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)に添付してください。

被保険者の氏名 _____

居宅介護支援事業所又は特定福祉用具販売事業所の名称

介護支援専門員又は福祉用具専門相談員の氏名

※被保険者を担当する介護支援専門員がいる場合は、介護支援事業所名、担当者名を記入してください。

なお、担当する介護支援専門員がない場合、福祉用具販売店の福祉用具専門相談員が記入してください。

福祉用具が必要な理由（福祉用具品ごとに必要な理由を記入してください。）

①

※被保険者の身体状況など 5W1H（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入してください。

また、購入する月の直近1年の間に入院（入所）期間があれば記入してください。

「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、複数必要な理由と個数がわかるように記入してください。

②

③