様式第19号(第22条関係)

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 | 　 | 性別 | 保険者番号 | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 | 5 |
| 被保険者氏名 | 　 | 男・女 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住　　　　所 | **〒　　　－****国東市**番地電話番号　　　　　(　　) | 生年月日 | ㍾・㍽・㍼年　月　日生 |
| 要介護度（有効期間） | 要介護(　　)・要支援（　　）　・経過的要介護　　（令和　　年　　　月　　　日） |
| 特定福祉用具名 | 　製造事業者名及び | 購入金額 | 購入日 |
| 種目名 | 商品名 | 販売事業者名 |
| １ |  | 　 | 円 | 令和　年　月　日 |
| ２ |  | 　 | 円 | 令和　年　月　日　 |
| ３ |  | 　 | 円 | 令和　年　月　日　 |
| **支給申請額** | **円** | **利用者負担額** | **円(　　割負担)** |
| 　　国　東　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。　　　なお、支給につきましては、下記記載の口座に振り込んでください。　　　令和　　年　　　月　　日 |
| 申請者（被保険者） | 住　所 | 電話番号　　(　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |
| 福祉用具購入費振込指定口座 |
| 金融機関名 | 支店名 | 金融機関コード |
| 銀行・金庫組合・農協 | 本店・支店出張所　 | 　 |
| 口座番号 | 1　普通2　総合 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 口座名義(カタカナ) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　注意　◎この申請書に、**領収証（受領委任の場合は１割分の領収書）及び購入した福祉用具がわかるパンフレット、ケアプランの写し等を必ず添付**してください。
（※地域ケア会議にて検討された事例の場合は、その記録の写しも添付してください。）

　　　　◎「福祉用具が必要な理由」については、裏面の個々の用具ごとに記載してください。

　　　　◎振込指定口座は、被保険者の口座を記入してください。(受領委任する場合は、記入の必要はありません)。

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 過去の購入品目 | （　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）　品目　＜最終購入日＞　令和　　年　　月　　日 |
| **【理由欄記入者種別】　　□　介護支援専門員　　□　福祉用具専門相談員**　　　　　　　＜事業所名＞　　　　　　　　　　　　　　　　　《事業所番号》　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜氏名＞　　　　　　　　　　　　　　　㊞　《電話》　　　　　（　　　）　　　　　* 理由欄の記載は、居宅サービス（介護予防サービス）計画の写しを添付した場合も、記入してください。また、理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記入してください。

　＜記載例＞　　　「（身体状況）により（困難な状況）にあるため、（福祉用具）を使用することにより（困難な状況の改善）ができる等。」1. ２のシャワーチェア及び浴槽台

　膝関節の痛みや可動の制限があるため、低い椅子からの立ち上がりが困難となっている。また、浴槽への出入りに際し、浴槽が深く、不安定な状態である。シャワーチェアや浴槽内の台で段差を解消すると、洗身や起居動作、跨ぎなどの動作が安定して行うことができる。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国東市記入欄 | 受付窓口　　□　国見　□　国東　　　　　　□　武蔵　□　安岐 | 受付年月日　　　令和　年　月　日 | 支給決定年月日　　　令和　年　月　日 |
| * 受領委任払該当者
* 生活保護受給者
 | 添付書類　　　　□　領収書　　　　□　パンフレット　　　　　　　　□　ケアプラン　　□　請求書 |

＜裏面＞