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＞