

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 表面

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		4		7		2		1		0		0	
	被保険者番号													
	個人番号													
生年月日	年 月 日					性別	男・女							
住所	〒901-糸満市												電話番号	
要介護度	・要支援()・要介護() 認定期間(年 月 日～ 年 月 日)													
1	特定福祉用具		製造事業所名	販売事業所名		購入日	購入金額(税込み) 単位:円							
	種目	商品名		事業者番号										
2						年 月 日								
3						年 月 日								
糸満市長様 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。 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下さい。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号														
口座振込 依頼欄	銀行 農協 その他金融機関			本店 支店 出張所			種目		口座番号					
	金融機関コード			店舗コード			1普通預金							
							2当座預金							
							3その他							
フリガナ 口座名義人														

※注意 (1)福祉用具のカタログ、領収書、通帳の写しなどを添付してください。(裏面に必要書類記載有)
 (2)福祉用具が必要な理由については、裏面に記載してください。

※糸満市確認欄

未納の有無	生保該当の有無	購入費用				自己負担額		支給決定額				
有・無	有・無											
申請書	領収書	カタログ	ケアプラン	担当者会議録	サービス計画	委任状	年 月 日					
							入力	<input type="checkbox"/> 申請日・決定日 <input type="checkbox"/> 費用・負担額・決定額 <input type="checkbox"/> 口座確認 <input type="checkbox"/> 入力内容確認				

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 裏面

記入上の注意

※【福祉用具購入が必要な理由】の記載はケアプラン等の写しの提出に代えることも出来ます。ただし、原則として居宅介護支援事業所の届出が済まされている場合、福祉用具購入にあたっては、ケアプランに位置付けと必要な理由の記載が義務付けられていますので、ケアプラン1、2、4表(捺印写し)の提出を求めます。

記載要領: 福祉用具ごとに「申請者は(身体状況)により(どのような困難状況)にあるため、(福祉用具名)を使用することにより(どのようにして困難状況を改善)できる。」の例で記載。

【福祉用具購入が必要な理由】 ケアプラン添付により省略

※下記の欄は【福祉用具購入が必要な理由】欄にケアプランの写しを添付した場合にも記入してください。

事業所名 及び事業所番号														
【福祉用具購入が必要な理由】欄記入者種別	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員等		<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員											
理由作成者氏名 及び連絡先		印	電話番号											

特定福祉用具購入費支給申請書の提出に必要な書類

必要書類	ケアマネと契約している	ケアマネと契約していない	チェック
「介護保険福祉用具購入費支給申請書」(両面)	○		
福祉用具購入が必要な理由欄	△ ※ケアプランにて省略可	○	
本人口座の写し	○		
領収書 ※写しも添付	○		
カタログの写し	○		
ケアプラン1、2、4表(捺印写し)、担当者会議録(予防給付はケアプランのみ)	※1○	不要	
福祉用具サービス計画書 ※独自様式可	○		
※2福祉用具が破損等し、同じ種類の福祉用具を購入する場合、その破損状況等がわかる写真	○		
委任状 ※振込口座が違う場合	○		

※1 ケアマネジャーはついているが居宅サービスを利用せず「住宅改修」や「福祉用具購入」のみを行いたい被保険者の申請はケアプラン不要です。その場合は、ケアマネジャー等又は福祉用具専門相談員に申請書へ福祉用具が必要な理由を記載させてください。

※2 新規購入(まだ購入したことがない種類の福祉用具)の場合は不要です。