

審査	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 (受領委任払い用)									
フリガナ				被保険者番号					
被保険者氏名				個人番号					
生年月日									
住所	〒			電話番号					
現在の要介護状態区分等	要介護区分 1 2 3 4 5				要支援区分 1 2				
	有効期間								
福祉用具名 (種目名および商品名)	1	製造事業者名			購入金額 A		購入日		
	2	販売事業者名							
	1				円		年 月 日		
	2				円		年 月 日		
	1				円		年 月 日		
	2				円		年 月 日		
◎福祉用具が必要な理由は裏面のとおり ※理由申立人が本人または家族の場合、福祉用具専門相談員作成のサービス計画書の写しを添付				負担割合	自己負担額		A×負担割合(※円未満切上)合計		
				割			円		
鯖江市長 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受領委任払いにより申請します。なお、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領について次の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 (委任者) 氏名 電話番号									
鯖江市長 様 上記居宅介護(介護予防)福祉用具購入費については、受領委任払いにより取り扱うことに同意します。居宅介護(介護予防)福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。 住所 事業者 (受任者) 事業者名 代表者名 電話番号									
口座振込 依頼欄	フリガナ	銀行	本店	種目		口座番号			
		金庫	支店	1普通預金					
		組合	出張所	2当座預金					
口座名義人									

添付書類：① 自己負担分の領収証(保険給付対象額の1割、2割または3割分)  
② 福祉用具のパフレット等

※保険給付額の算定(申請者は記入しないこと。)

支給決定額(⑤-⑥) 円	①支給限度基準額	円	(年度内支給限度基準額)
	②年度内支給済額	円	( 年 月 日購入分)
自己負担額⑥ (⑤×0.1・0.2・0.3) 円	③年度内支給可能基準額	円	(①-②×100/90・100/80・100/70)
	④今回購入額	円	
	⑤支給基本額	円	(③と④の低い方の額)

(裏)

【種目】 ※該当種目に○を付けること

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 ※事前相談必要	入浴補助用具	簡易浴槽
			(1) 入浴用椅子 (2) 浴槽用手すり (3) 浴槽内椅子 (4) 入浴台 (5) 浴室内すのこ (6) 浴槽内すのこ (7) 入浴用介助ベルト	
移動用リフトの つり具の部分	スロープ	歩行器	歩行補助つえ	

福祉用具が必要な理由  
(個々の用具ごとに記載してください)

理由申立人氏名  
申立人住所または所属居宅  
介護支援事業所等名称

被保険者との関係 本人・家族・担当介護支援専門員  
地域包括支援センター職員・その他 ( )