

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									
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	〒 								
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		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に記載したとおり ※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		割	
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申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									
添付書類：①領収証 ②福祉用具のパフレット等 ③委任状(本人口座以外に振込の場合) 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ください。									
口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	フリガナ		1普通預金 2当座預金						
	口座名義人								

※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  
( )