

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 被保険者氏名			保険者番号																	
個人番号			被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	負担割合				割											
住所	〒																			
福祉用具名		製造事業者名	事業所番号		購入金額	購入日		電話番号												
種目名	商品名		指定販売事業者名																	
					円	年 月 日														
					円	年 月 日														
					円	年 月 日														
<p><b>上記、福祉用具が必要な理由を日常生活動作の状況等を勘案し裏面にご記入ください。</b></p>																				
<p>杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様</p> <p>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。また、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者委任します。</p> <p>年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号 Ⓜ</p>																				
<p>杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様</p> <p>上記申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限の委任を申請者から受けることに同意いたします。</p> <p>年 月 日 受任者 所在地 (販売事業者) 名称 電話番号 代表者職名・氏名 Ⓜ</p>																				
必要添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>領収証(原本) ・福祉用具購入費(受領委任払)請求書 ・福祉用具のパンフレット(写しでも可)</li> <li>オーダーメイドの福祉用具については、平面図等構造がわかる書類及び写真</li> <li>排泄予測支援機器については、必要性及び試用状況等を確認できる書類</li> </ul>																			

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 領収証	<input type="checkbox"/> 請求書	給付額減額	給付対象額	審査確認	入力確認
	<input type="checkbox"/> パンフレット等	<input type="checkbox"/> 福祉用具の重複		円		
( )	有・無	支給決定額	円			



<b>《特定福祉用具購入が必要な理由》</b>		
<b>【理由書記載者】</b> <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員		
事業所名 _____		
氏名	_____	連絡先 _____

※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載してください。  
 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)できる」

※主な用途以外の付加価値等(例：暖房機能、消臭機能等)がある場合は、その必要性についても具体的に記載して下さい。  
 記載例：「(付加価値)があることで、(困難な状況等)が(困難な状況等の改善)できる」

## 誓 約 書

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

被相続人(被保険者) \_\_\_\_\_ に係わる、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領に関して、他の相続人からの異議申し立てがあった場合、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約いたします。

相続人代表者	住所	
	氏名	続柄

