

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※記入前に裏面をご覧ください。

フリガナ			保険者番号	221002
被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日			
住所	静岡市		電話番号	
特定福祉用具の種目	製造事業者名	購入金額	購入日	
特定福祉用具の商品名	販売事業者名			
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
		円	年 月 日	
福祉用具が必要な理由 (身体の状態)				
(宛先)静岡市長 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号				

(注)この申請書には、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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 2 当座	
	口座名義人 (カタカナで記入)			

申請者・振込口座名義人が被保険者以外の場合は記入してください。

委任届	上記（申請・受領）について、下記受任者に委任します。		
	委任者	住所	
		氏名	
	受任者	住所	
氏名		(続柄)	

※委任する項目に○を付けてください。

《市記入欄》

購入時の要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	履歴	購入年月日	年 月 日		
認定期間	～		購入額	円		
給付制限	□有 □無		残高	円		
給付割合	割		購入種目	受付者		
支給対象金額	円					
支給金額	円					

注 意 事 項

- 1 指定特定福祉用具販売事業所で購入してください。
- 2 申請者は原則として被保険者本人です。申請者及び口座名義人が被保険者と異なる場合は、委任欄にご記入ください。
- 3 この申請書には、領収証（原本）及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。（指定特定福祉用具販売事業所の名称、特定福祉用具の種目及び品目の名称及び販売費用のわかる書類が必要です。）
- 4 福祉用具が必要な理由については、個々の用具ごとに記載してください。
- 5 口座確認のために、預金通帳（コピー可）を提示してください。
- 6 申請書は、購入月の翌月 15 日（休日の場合は翌日開庁日）までに提出いただいた場合には、購入月の翌々月の中旬に支給されます。

◆支給対象となる上限額

10万円（4月～翌年3月）

◆特定（介護予防）福祉用具の種目

- (1) 腰掛便座
- (2) 自動排泄処理装置の交換可能部品
- (3) 排泄予測支援機器
- (4) 入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり等）
- (5) 簡易浴槽
- (6) 移動用リフトのつり具の部分

◆購入及び貸与が選択できる特定（介護予防）福祉用具の種目

- (1) 固定用スロープ
- (2) 歩行器（歩行車を除く）
- (3) 歩行補助杖（松葉づえを除く）