様式第１号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | シンジョウ　タロウ | | | | | 被保険者番号 |  | | | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ |
| 被保険者  氏　　名 | | 新庄　太郎 | | | | | 個人番号 | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 生年月日 | | **Ｓ２４**年**４**月**１**日生 | | | | | 性　別 | 男　　　　・　　　　女 | | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | | 要支援　　　１　　　２ | | | | | 要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | | Ｒ○年○月○日　　～　　Ｒ○年○月○日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | |
| (種目名及び商品名) | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 購入日 | | | | | | | |
| ☑腰掛便座□自動排泄処理装置の交換可能部品□入浴補助用具  □簡易浴槽□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分□排泄予測支援機器 | | | | | | 製造事業者名  株式会社○○ | | | | | | | ２０，０００円 | | | | | | | |
| 商品名  ○○○○○○○○ | | | | | | 販売事業者名  ○○事業所 | | | | | | | Ｒ○年○月○日 | | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | | 加齢による下肢筋力低下のため、歩行の際にふらつきがみられ転倒の危険がある。移動の負担を軽減し、安全に排泄を行うため腰掛便座が必要である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| □腰掛便座□自動排泄処理装置の交換可能部品☑入浴補助用具□簡易浴槽□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分□排泄予測支援機器 | | | | | | 製造事業者名  株式会社○○ | | | | | | | ２５，０００円  **要点を簡潔にまとめてください。枠が足らない場合は別紙に記入いただき、それを添付していただいても構いません。** | | | | | | | |
| 商品名  ○○○○○○○○ | | | | | | 販売事業者名 ○○事業所 | | | | | | | Ｒ○年○月○日 | | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | | 両膝変形関節症のため低い位置からの立ち座りが困難となっている。下肢への負担を軽減し、安全に入浴動作が行えるようにするため入浴用のいすが必要である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| □腰掛便座□自動排泄処理装置の交換可能部品□入浴補助用具□簡易浴槽□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分□排泄予測支援機器 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 申請者  (受領委任者) | 新庄市長  **本人署名の場合は押印不要です。**  **PCでの印字やゴム印の場合は押印してください。**  上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を受領委任払いにて申請します。  　令和○年○月○日  住　所　新庄市沖の町１０番４７号  氏　名　新庄　太郎　　　　　　　　　　　電話番号　０２３３（２２）２１１１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人  （事業者） | 事業者登録番号 | | | | 第　○○　号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和○年○月○日  **押印不要です。**  所在地　○○市○○町○○番○○号  名　称　株式会社○○  代表者氏名　代表取締役　○○　○○　　　電話番号　○○○○（○○）○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考　・この申請書に、同意書、領収書・請求書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  　　　　排泄予測支援機器を購入する場合は、前述に加えて、医学的な所見がわかる書類（主治医意  見書など）も添付してください。  ・「福祉用具が必要な理由」については、介護支援専門員又は指定福祉用具販売事業者相談  　　　　員から記入してもらってください。  ・「上記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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者記載欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額 | | | 未納保険料 | 居宅介護（予防）支援事業所届出 | | | | | | 同一年度内購入品目 | | | | | | | | | | |
| 円 | | | 円 | 有　・　無 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 円 | | | 給付制限 | 支援事業所名 | | | | | | 同一年度内支給済額 | | | | | | | | | | |
| 円 | | | 有　・　無 |  | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |