

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

(受付印)

□ 太枠の中の各欄にご記入ください。

□ 裏面の注意事項・記入例をかならずお読みください。

【添付書類】 領収証・パンフレット

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0										
		個人番号													
生年月日	明・大・昭	年		月		日									
住 所		認定有効期間													
		要 介 護 度													
		要 支 援													
		要 介 護													

福祉用具種目（○をつけてください）

1.腰掛便座 2.特殊尿器 3.入浴補助 4.簡易浴槽 5.リフトつり具 6.自動排泄処理装置部品
7.排泄予測支援機器 8.固定用スロープ 9.歩行器（歩行車除く） 10.歩行補助つえ [単点杖（松葉づえ除く）]・多点杖

商 品 名 ①（品番まで詳しく）	販 売 事 業 所 番 号	購 入 金 額（税は商品ごと）
製造事業者名	販 売 事 業 所 名	購 入 日
		年 月 日

福祉用具種目（○をつけてください）

1.腰掛便座 2.特殊尿器 3.入浴補助 4.簡易浴槽 5.リフトつり具 6.自動排泄処理装置部品
7.排泄予測支援機器 8.固定用スロープ 9.歩行器（歩行車除く） 10.歩行補助つえ [単点杖（松葉づえ除く）]・多点杖

商 品 名 ②（品番まで詳しく）	販 売 事 業 所 番 号	購 入 金 額（税は商品ごと）
製造事業者名	販 売 事 業 所 名	購 入 日
		年 月 日

福祉用具が必要な理由	合 計 金 額 (税込額を記入してください)

徳島市長様 上記のとおり添付書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 申請者 令和 年 月 日 住所 氏名 電話 本人の面前で記入したものであり、内容に相違ありません。 代筆者氏名 (続柄)	(申請者名義以外の口座を指定する場合にのみ記入) 委 任 状 委任者(申請者)氏名 私は本申請による居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 委任者との続柄 ()
---	---

提出者 (本人提出の場合は記入不要)	口座振替依頼欄 ●上記の給付費を下記の口座に振込んで下さい。																			
☐ 家族（続柄） ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他（） 住所または所在地 名称・氏名 電 話	<table><tr><td>銀行</td><td>本店</td><td rowspan="3">種 目</td></tr><tr><td>信用金庫</td><td>支店</td></tr><tr><td>農協</td><td>支所</td></tr><tr><td>金融機関</td><td></td><td>1 普通</td></tr><tr><td>コ ー ド</td><td>店 コ ー ド</td><td>2 当座</td></tr><tr><td>口 座 番 号</td><td>力 ナ</td><td></td></tr><tr><td></td><td>名義人</td><td></td></tr></table>	銀行	本店	種 目	信用金庫	支店	農協	支所	金融機関		1 普通	コ ー ド	店 コ ー ド	2 当座	口 座 番 号	力 ナ			名義人	
銀行	本店	種 目																		
信用金庫	支店																			
農協	支所																			
金融機関		1 普通																		
コ ー ド	店 コ ー ド	2 当座																		
口 座 番 号	力 ナ																			
	名義人																			

【 保 険 者 記 入 欄 】									
支 払 予 定 額	既 申 請 購 入 額	入 力 確 認	入 力				審 査	身 分 確 認	
								☐ 番号確認 ☐ 提出者確認 ☐ 本人確認	
提出者確認	☐ 介護支援専門員証 ☐ 運転免許証 ☐ その他（）							給付率	%
	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 資格者証							振込	月末
番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他（）								

注意事項

- 販売事業所が県の指定事業所でない場合は保険給付できません。
- 申請書は購入月ごとに作成してください。

フリガナ	トクシマ タロウ	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	徳島 太郎	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	購入日時点で有効な認定有効期間を記入してください。	認定有効期間	RO . O . O ~ RO . O . O
住 所		要介護度	要支援 ①・2 要介護 1・2・3・4・5
福祉用具種目（○をつけてください）			
1.腰掛便座 2.特殊尿器 3.入浴補助 4.簡易浴槽 5.リフトつり具 6.自動排泄処理装置部品 7.排泄予測支援機器 8.固定用スロープ 9.歩行者（歩行車除く） 10.歩行補助つえ [単点杖（松葉づえ除く）]・多点杖			
商品名 ①（品番まで詳しく）		販売事業所番号	購入金額（税は商品ごと）
ポータブルトイレO型 T111-111		7 8 9	2 0 0 0 0 円
製造事業者名		所名	購入日
△△△（有）		（株）	令和 ○年 ○月 ○日
福祉用具種目（○をつけてください）			
1.腰掛便座 2.特殊尿器 3.入浴補助 4.簡易浴槽 5.リフトつり具 6.自動排泄処理装置部品 7.排泄予測支援機器 8.固定用スロープ 9.歩行者（歩行車除く） 10.歩行補助つえ [単点杖（松葉づえ除く）]・多点杖			
商品名 ②（品番まで詳しく）		販売事業所番号	購入金額（税は商品ごと）
△タイプ入浴用背付き		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 0 0 0 0 円
製造事業者名		販売事業者名	購入日
△△△（有）		×××工業（株）	令和 ○年 ○月 ○日
福祉用具が必要な理由		合計金額（税込額を記入してください）	3 0 0 0 0 円
申請者以外の人の名義に振込む場合は、委任状を記入してください。		県の指定を受けている販売事業所を記入してください。	
上記のとおり添付書類を添えて居宅介護（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 徳島市○○町○丁目○番地 氏名 徳島 太郎 電話 088-○○○-○○○○ 本人の面前で記入したものであり、内容に相違ありません。 代筆者氏名（続柄）		委任状 委任者（申請者）氏名 徳島 太郎 私は本申請による居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領に関するものを次の者に委任します。 受任者 住所 徳島市○○町○丁目○番地 氏名 徳島 花子 委任者との続柄（妻）	
提出者（本人提出の場合は記入不要） ☐ 家族（続柄） ☒ 居宅介護支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他（） 住所または所在地 徳島市○○町○丁目○番地 名称・氏名 居宅介護支援事業所○○○○ 担当 ○○ ○○ 電話 088-○○○-○○○○		口座振替依頼欄 ●上記の給付費を下記の口座に振込んで下さい。 銀行 本店 支店 支所 種目 信用金庫 0 0 1 普通 2 当座 金コ 徳島市 ハナコ 0 0 0 0 0 0 0 名義人 徳島 花子	

【添付書類】

- 購入した用具のパフレット（規格と製造元のわかるもの。コピー可）
- 領収書（被保険者氏名・購入日・購入商品名の記入のあるもの）
- （排泄予測支援機器を購入される場合）医学的な所見が確認できる書類（サービス担当者会議の写し等）

【その他申請に必要なもの】

- 介護保険被保険者証（コピー不可）
- 提出者の身分証明書（介護支援専門員証等）
- 被保険者の個人番号を証明する書類（個人番号カード等、コピー可）

※ただし個人番号を記載して申請する場合に限る。

※特別注文品の支給申請について

上記に加えて、①日付入りの写真、②領収書は材料費・加工・組み立て費等が記載されたもの、③設計図があれば設計図を、無い場合は規格を領収書に記載したものを添付してください。

この申請に関するお問い合わせは・・・

徳島市 高齢介護課 給付係
電話 (088)621-5585