

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書及び請求書

フリガナ			保険者番号			3	3	2	0	3	1
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和		年	月	日						
住 所	〒		電話番号								
福祉用具種目名	製造事業者名		購入金額	購入日							
商品名	販売事業者名										
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
合 計 金 額			円								
福祉用具が必要な理由	別紙理由書のとおり										
介護保険対象購入額①			介護保険給付額②				自己負担額③（①－②）				
円			円				円				
支給決定額	支 給 方 法		償 還	委 任		貸 付					
	償還	委任	貸付	円		円					
円											
津 山 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及び請求します。											
年 月 日											
住所											
申請者 電話番号											
(受給者) 氏名 ⑩											

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット、福祉用具購入に関する理由書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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 支所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

市記入欄

事業者番号		決 裁 欄	担当	主査	補佐	課長
MC入力						
備考						

本届書中	字訂正 字削除 字加入	⑩
------	-------------------	---

委任状



(受任者) 住所

氏名

印

私は、このたび都合により上記の者を代理人と定め、下記代金の受領に関する一切の権限を委任する。

年 月 日

(委任者) 住所

氏名

印

記

金額 _____ 円

委任内容

被保険者氏名 (_____) の

_____ 年 月 日申請分の(住宅改修費・福祉用具購入費)

(どちらかに○をつける)

銀行等口座振替依頼書										
上記の受領金額を下記の口座へ振込んでください。										
依頼者(受任者) 住所										
氏名					印					
口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所		種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金					
					2 当座預金					
					3 その他					
フリガナ 口座名義人										

注 口座名義人は受任者と同一のこと。

福祉用具購入理由書

注意・購入した福祉用具それぞれについて記入してください。

被保険者番号	被保険者氏名	住 所	要介護度
		津山市	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
福祉用具の種類	購入目的及び期待する効果 * 該当するものにチェック		購入理由 * 理由は具体的に記入してください。
腰掛便座	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減		
特殊尿器	<input type="checkbox"/> 介護の軽減 便吸引機能付のものの場合 <input type="checkbox"/> 確認書類の添付		
排泄予測支援機器	<input type="checkbox"/> 介護の軽減 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 確認書類の添付		
入浴補助用具	入浴用いす	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽用手すり	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽内いす	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	入浴台	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴室内すのこ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽内すのこ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	入浴用介助ベルト	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
簡易浴槽	<input type="checkbox"/> 介護の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()		
移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/> 介護の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()		

◇理由書作成者

氏 名		事業者名	
住 所	電話番号 () -		

福祉用具購入理由書

注意・購入した福祉用具それぞれについて記入してください。

被保険者番号	被保険者氏名	住 所	要介護度
		津山市	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
福祉用具の種類	購入目的及び期待する効果 * 該当するものにチェック		購入理由 * 理由は具体的に記入してください。
スロープ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保		
歩行器	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保		
歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保		

内容を確認した上で、必ずチェックしてください。

以下のとおり、利用者へ説明をし、同意を得ています。

※福祉用具の貸与と販売の選択に当たって、必要な情報は、

- ・ 利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
- ・ サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・ 貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・ 長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・ 短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・ 国が示している福祉用具の平均的な利用月数

等があり、以上の点を十分に考慮し、慎重に購入の判断をするべきであること。

スロープ：室内の敷居等の小さな段差解消に用いて、車いす等での移動を容易にするもの（持ち運ばず、取付工事が不要な固定用のもの）

歩行器：車輪・キャスター付きの歩行器（歩行車）を除き、脚部がすべて杖先ゴム等の形状の歩行器

歩行補助つえ：カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットフォーム・クラッチに限る「単点杖」（松葉づえを除く）もしくは、「多点杖」

◇理由書作成者

氏 名		事業者名	
住 所	電話番号（ ） -		