

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				保険者番号					
被保険者氏名				被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒							電話番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名		購入金額	購入日					
	販売事業者名								
			円	平成	年	月	日		
			円	平成	年	月	日		
			円	平成	年	月	日		
販売事業者への受領委任払の希望			希望する	希望しない					
(福祉用具が必要な理由)									
(あて先) 太田市長 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。 平成 年 月 日 申請者(被保険者) 届出者(申請者と同じ場合は不要です。) 住所 住所 氏名 氏名 電話番号 電話番号									

捺印

*添付書類 領収書 福祉用具のパンフレット 福祉用具受領委任払に係る委任状(受領委任払を希望する場合) 委任状(受領委任払を希望せず、振込先口座名義が被保険者でない場合)

*「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。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。 受領委任払を希望しない場合のみ記入

口座振込依頼欄	金融機関名	本・支店名	種目	口座番号
	フリガナ		1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金	
	口座名義人			

市記入欄

申請入力	要介護状態	福祉用具購入実績	給付制限状況	購入費総額	支払方法	支給決定額
		有・無	有・無 給付割合			
			%	円		円

(裏面)

腰掛便座	*座位保持	できない	左記以外					下線は、使用が想定しにくい状態像		
腰掛便座(ポータブル)	*座位保持	できない	左記以外	*歩行	つかまらないでできる	左記以外	*移動	自立	左記以外	
特殊尿器	*座位保持	自立	左記以外	簡易浴槽	*歩行	つかまらないでできる	左記以外	*移動	自立	左記以外
移動用リフトのつり具	*移乗	自立又は見守り等	左記以外	*立ち上がり	つかまらないでできる又は何かにつかまればできる					左記以外

介護保険の対象となる福祉用具購入の種類

種類	内容
1. 腰掛便座	1. 和式便器の上において腰掛式に変換するもの 2. 洋式便器の上において高さを補うもの 3. 動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの 4. 便座、パケツ等からなり、移動可能である便器 (居室において利用可能であるものに限る。)
2. 特殊尿器	尿又は便が自動的に吸引されるもので、居宅要介護者等又はその介護を行うものが容易に使用できるもの
3. 入浴補助用具	座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。 1. 入浴用いす 2. 浴槽用手すり 3. 浴槽内いす 4. 入浴台(浴槽の縁にかけて利用する台であって、浴槽への出入りのためのもの) 5. 浴室内すのこ 6. 浴槽内すのこ 7. 入浴用介助ベルト(身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る。)
4. 簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で、容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの
5. 移動用リフトのつり具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの

注意事項

- * 上記の表に無いものは介護保険における福祉用具購入費の支給対象となりません。
- * 1割負担で利用できるのは1年度10万円までです。
- * 上記表の内容に該当し難いと市が判断した場合は、全額自己負担となります。
- * 施設等に入所(入院)中の場合は、支給申請はできません。
- * ご不明な点がございましたら、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員または、太田市役所介護サービス課までお問い合わせください。