

指定事業者番号	受付者印

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	1 0 2 0 5 3
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
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	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
販売事業者への受領委任払いの希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
(福祉用具が必要な理由) ※個々の用具ごとに記載してください。			
(宛先)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。 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 _____(印) _____(印) 電話番号 _____ 電話番号 _____ 申請者との関係 ()			

捨印

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**

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

- *添付書類 ①領収証 ②福祉用具のパフレット ③販売計画書
 ④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)
 ⑤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)

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	委任 償還	円

(参考資料)

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 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 排泄予測支援機器 ***排尿** 介助されていない 全介助 左記以外
 簡易浴槽 ***歩行** つかまらない 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 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. 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの 2. 洋式便器の上に置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、バケツ等からなり、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者が容易に使用できるもの
3. 排泄予測支援機器	利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で感知するもの(専用ジェルその他の都度消費するもの及び専用シート等の関連製品を除く。)
4. 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. 入浴用椅子 2. 浴槽用手すり 3. 浴槽内椅子 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。)
5. 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
6. 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
7. スロープ(貸与と選択制)	貸与告示第八項に掲げる「スロープ」のうち、主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないものをいい、便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものを除く。
8. 歩行器(貸与と選択制)	貸与告示第九項に掲げる「歩行器」のうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。
9. 歩行補助つえ(貸与と選択制)	カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

注意事項

- * 上記の表に無いものは、介護保険の福祉用具購入費の支給対象となりません。
- * 自己負担額が1割・2割・3割・4割負担で利用できるのは、同一年度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。
- * 購入日時時点で被保険者証記載の住所に被保険者がいない場合、支給の対象になりません。(入院中、施設入所中など)
- * 新規申請中若しくは変更申請中で結果が出ていない場合は、支給申請はできません。
- * オーダー品を作成する場合は、必ず事前相談の上、見積書並びに設置前及び設置後の写真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、状況により医学的所見を確認できる書類が必要になることがあります。
- * ご不明な点がございましたら、購入前に指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又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。