

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被保険者名前		② 被保険者番号		
フリガナ カイゴタロウ		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
① 介護太郎		③ 生年月日		
		1940 年 1 月 1 日		
被保険者住所				
④ 福山市 東桜町 3番 5号				
⑤ 福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日	
1 (種目名) 入浴補助用具 (商品名) 浴槽台 (福祉用具が必要な理由) 脳梗塞後遺症で右半身麻痺があり低い位置からの立ち上がりが困難なため。	(製造事業者名) ☆☆☆株式会社 (販売事業者名) 有限会社△△△	20,000 円	2024年4月1日	
	(事業所番号) 3 4 1 2 3 4 5 6 7 8			
2 (種目名) 固定用スロープ (商品名) ABC固定用スロープ (福祉用具が必要な理由) 長期入院による下肢筋力低下によりすり足歩行となり段差でつまずき転倒の危険がある。(単価4000円・5個購入)	(製造事業者名) ▲▲▲株式会社 (販売事業者名) 有限会社★★★	20,000 円	2024年4月5日	
	(事業所番号) 3 4 8 7 6 5 4 3 2 1			
3 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)	(製造事業者名) (販売事業者名)	(事業所番号)		
福山市長様 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します。 なお、支給については次の口座に振込んでください。 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 福山市東桜町 3番5号 申請者 (被保険者) 名 前 介護太郎 電話番号 (084) 928 -1166				
⑦ 振込口座	金融機関名	本・支店(所)名	預金種別	口座番号(7桁・右づめで記入)
	福山介護 (銀行:労働金庫 農協:信用金庫 漁協:信用組合)	東桜町	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他	0 0 5 6 7 8 9
	ゆうちょ銀行の場合	貯金種目	通帳記号	通帳番号(8桁・右づめで記入)
	5 通常貯金(通常) 6 振替貯金(振替) 7 通常貯蓄貯金(通貯)			
口座名義人カネ (被保険者)	カイゴ タロウ			

【注意】 1 この申請書には、購入した福祉用具の内訳が明確な領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください（裏面参照）。
 2 「福祉用具が必要な理由」は、個々の用具ごとに記載してください。また、同一商品（歩行補助つえや固定用スロープ等）を複数購入する場合、必要な理由に加え、単価や個数を記載してください。

- 被保険者の名前及びフリガナを記入してください。
- 被保険者番号を記入してください。（被保険者番号は介護保険被保険者証又は介護保険資格者証に記載されています。）
- 被保険者の生年月日を記入してください。
- 被保険者の住所（＝介護保険被保険者証の住所）を記入してください。
- 被保険者が購入したそれぞれの特定福祉用具（介護保険支給対象となる福祉用具）について、それぞれの種目名、商品名、購入が必要な理由、製造事業者名、販売事業者名、事業所番号、購入金額、購入日を記入してください。「福祉用具の購入が必要な理由」欄に記入する代わりに、被保険者本人の居宅サービス計画（ケアプランに購入した特定福祉用具についてあらかじめ必要とされる理由が記載されているケアプラン）を提出することもできます。
- 申請者（被保険者）の住所、名前、電話番号を記入してください。
- 被保険者本人の口座振込先について、金融機関の名称、本（支）店名称、口座種別、口座番号、口座名義人を記入してください。

記入例

(裏面)

■ 「福祉用具が必要な理由」等、表面で記載ができなかった場合の記入欄

⑧ 福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
4 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)	(製造事業者名) (販売事業者名)	円	年 月 日
5 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)	(製造事業者名) (販売事業者名)	円	年 月 日
6 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)	(製造事業者名) (販売事業者名)	円	年 月 日

⑨

■ 申請に必要な書類

- 被保険者本人名義の領収証の原本(内訳が明確なものに限る。)
- 購入した福祉用具の全景、規模、内容等が記載されたパンフレット等(コピー可)
- 医学的な所見がわかる資料及び排泄予測支援機器 確認調書 ※排泄予測支援機器購入時

提出者記入欄

区分	名前・事業者等名称・連絡先
<input type="checkbox"/> 本人・家族	(名前)
<input type="checkbox"/> 事業者等	(事業所等名称)
<input type="checkbox"/> その他()	(連絡先)

※ 福山市記入欄 (この欄は記入しないでください)

受付時確認欄			
受付	認定状況	支給実績	販売事業者
受付	認定状況	支給実績	販売事業者
<input type="checkbox"/> 介護保険課	要介護度	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売事業者である
<input type="checkbox"/> 保健福祉課	支()・介()/申請中	<input type="checkbox"/> 無	関係書類確認欄
<input type="checkbox"/> 支所	認定有効期間	保険料滞納	<input type="checkbox"/> 領収証
受付者名	年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 有 ⇒収納担当 へ連絡 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のパンフレット等の書類 <input type="checkbox"/> その他()

- ⑧ 特定福祉用具を4品目以上購入して、表面⑤欄に記入できない場合には、この欄に記入してください。
- ⑨ 申請書に添付する書類等は、次のとおりです。
1. 表面⑤欄又は⑧欄に記入した、実際に購入した特定福祉用具の内訳及び要した費用が記載された「被保険者名義の領収証」
 2. 表面⑤欄又は⑧欄に記入した、実際に購入した特定福祉用具の全景、規模、内容等が記載された「特定福祉用具のパンフレット等」(コピー可)
ただし、オーダーメイド等の既製のパンフレットにない特定福祉用具を購入された場合には、「全景を写真撮影し、規模、内容等が記載された書類」を添付してください。