

記入例

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

(保険者番号 272047)

| | | | | |
|--|---|--|----------|---------------------|
| フリガナ | イケダ タロウ | | 被保険者番号 | 1 0 0 0 1 2 3 4 5 6 |
| 被保険者 氏名 | 池田 太郎 | | 個人番号 | |
| | | | 生年月日 | 明 大 昭 1 年 1 月 1 日 |
| 要介護度 | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 | 負担割合 | 1割・2割・3割 | |
| 住 所 | 〒 563 - 0001 池田市城南1-1-1 | | | |
| 特定福祉用具種目 | 福祉用具商品名 | 製造事業者 | 購 入 金 額 | |
| 入浴補助用具 | シャワーチェア ユクリアコンパクト肘掛付 | パナソニック | 21,000 円 | |
| 4品以上購入の場合は、「別紙参照」と記入し、「福祉用具購入商品リスト」を作成して添付 | | 購入日(領収日)が違う福祉用具を複数購入した場合は申請書を分けて作成 | | |
| 販売事業者 (指定事業者番号) | (株)ふくまる福用販売 (2772500000) | | 総購入額 | 21,000 円 |
| 購入日 | 令和 7 年 4 月 1 日 | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | 令和6年8月に浴室で転倒し、大腿骨骨折により入院。老健にてリハビリを行い、11月に退所。下肢筋力低下により室内は杖歩行、入浴及び排泄は家族の介助が必要。 既存のシャワーチェアは座面が低く、自身では立ち座りできないため、背後から抱えるよう立ち座り介助をしており介助者の負担が大きい。座面が高く、肘掛けのシャワーチェアを導入し、介助者への負担軽減と転倒防止を図る。 | | | |
| 支給額 | 18,900 | | | |
| 購入総額(税込)のうち給付費分(9~7割) | | 商品の選定理由を具体的に記載 * 基本製品以上のものを選定する場合は必ず心身の理由を書き添えること | | |
| 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します。 | | | | |
| 住 所 | 池田市城南1-1-1 | | | |
| 申請者 (被保険者または受任者) | 自署かつ被保険者本人口座振込の場合のみ省略可 | | | |
| 氏 名 | 池田 太郎 | | | |
| 印 | (自署かつ被保険者本人口座振り込みの場合は押印省略可) | | | |
| 申請日は購入日以降 | | | | |

 申請者の公金受取口座への振込を希望します(申請者が被保険者本人の場合のみ選択可) 以下の口座への振込を希望します

いずれかにチェック(公金受取口座を指定された場合は、口座振替依頼欄への記入は不要)

| | | | | | |
|-------------|---------|---------|-------|------------------------|---------------|
| 口座振込 依頼欄 | ふくまる | | 銀 行 | 出張所 2 当座預金 3 その他 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | | | 信用金庫 | | |
| | | | 信用組合 | | |
| | 金融機関コード | 1 2 3 4 | 支店コード | | |
| フリガナ | イケダ タロウ | | | | |
| 口座名義人 | 池田 太郎 | | | | |

委 任 状

年 月 日

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を次の者に委任します。

| | | | | |
|--------------------|------|--------|-----------------------|--|
| 委任者 (被保険者) | 氏 名 | 印 | 被保険者本人口座へ振り込みの場合は記入不要 | |
| 受任者 (事業所または代理人) | (名称) | | | |
| | 氏 名 | 続柄 () | | |

注意・この申請書に領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。