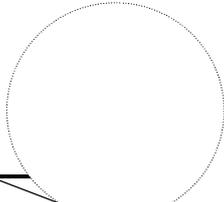


# 介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書



フリガナ		性別	保険者番号				
被保険者氏名		男・女	被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号				
住所	電話番号 — —						
特定福祉用具種目		製造事業者名	販売事業者名	購入年月日			
商品名		TAISコード	購入金額				
腰掛便座 特殊尿器 排泄予測支援機器	入浴補助用具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具		円	年	月	日	
腰掛便座 特殊尿器 排泄予測支援機器	入浴補助用具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具		円	年	月	日	
腰掛便座 特殊尿器 排泄予測支援機器	入浴補助用具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具		円	年	月	日	
福祉用具を必要とする理由（個々の福祉用具の商品ごとに必要とする理由を記載してください。）							
<p><b>砺波地方介護保険組合 理事長 あて</b></p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号 — —</p> <p>申請者 氏名 （被保険者との関係）</p>							

- 居宅サービス計画が作成されていない場合は、福祉用具専門相談員による「福祉用具を必要とする理由」を確認したことの署名も記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
- 添付書類
  1. 領収証（被保険者名で記載のもの）
  2. 購入した特定福祉用具のパフレット等（特定福祉用具の種類、型番、製造業者がわかるもの）
  3. 排泄予測支援機器を購入した場合、
    - ◆ 居宅サービス計画書（第1～4表）の写し（利用者の膀胱機能について医学的な所見がわかるもの）
    - ◆ 排泄予測支援機器確認調書（試用状況を確認するため、特定福祉用具販売事業所が記入したもの）

**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ください。**

口座振替	銀行 信金・信組 農協・労金	本店 支店 出張所 店	預金種目	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 [ ]				
依頼欄	フリガナ						
	口座名義人						

注意 ■ 振込口座が被保険者本人名義でない場合は、裏面の「代理受領委任状」欄も記載してください。

※組合・市記入欄

審査	要介護度	前歴	担当介護支援事業所	支給額	構成市 端末 入力
	介護・予防	無・有		円	

# 代理受領委任状

年 月 日

砺波地方介護保険組合 理事長 あて

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
(被保険者)  
氏名 \_\_\_\_\_

私は、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費（ 年 月購入分）の支給について、下記の名義人の口座に振り込むことを委任します。

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
(受取人)  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄

裏面

- 
- 「福祉用具を必要とする理由」については、個々の商品ごとに記載してください。
  - 居宅サービス計画が作成されていない場合は、福祉用具専門相談員による「福祉用具を必要とする理由」を確認したことの署名も記載してください。