

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払用)

フリガナ	コウイキ タロウ	保険者番号	4 0 9 5 4 0								
被保険者氏名	広域 太郎	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9
生年月日	明・大(昭) 9年9月9日生	性別	(男) ・ 女								
住所	〒812-0044 福岡市博多区千代4-1-27		領収書記載日を記入して下さい。								
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(事業所番号)	購入金額	購入日								
入浴補助用具 シャワーチェア	□□□製作所/○○○○販売	50,000 円	平成30年4月5日								
		円									
		円									
合計		50,000 円									
福祉用具が必要な理由 (ケアマネジャーの署名・捺印)	両膝関節症により立ち上がりに支障があり、 シャワーチェアにより、入浴動作の安定、転倒予防を図る必要があるため (居宅サービス計画の届出 (有) ・ 無) (居宅の事業所名) (印)										

作成者がケアマネジャーでない場合は、所属事業所と資格、及び記名押印をお願いします。

福岡県介護保険広域連合長 様

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。

申請日 30 年 4 月 2 日

届出が本人以外の場合記入

住所 福岡市博多区千代4-1-27

申請者
(本人)

氏名 広域 太郎

電話番号 092-○○○-○○○○

届出者

氏名

電話番号

(本人との関係:)

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下さい。

口座振込 依頼欄	××	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	県庁前	支店	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	8 8 8 8 8 8							
	8 8 8 8	8 8 8 8	2 当座預金	8 8 8 8 8 8							
	口座名 義カナ		コウイキ タロウ								

※ 口座番号等を変更される方は、届出してください。

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前回までの購入金額	今回の購入金額	今回までの通算金額
円	円	円

・要介護(支援)認定 ☐有 ☐無

・滞納 ☐有 ☐無

・給付額減額 ☐有 ☐無

※添付書類 ☐の中にチェックをいれて下さい。

☐領収書(原本) ☐パンフレット(写しで可)

☐納品が確認できる写真(日付入)

※自動排泄処理装置の交換可能部品の場合

☐認定調査票(注1)

又は

☐主治医意見書又は医師の診断書(注2)

☐サービス担当者会議の要点(第4表)

福祉用具購入受付番号

(注1) 認定調査票の場合は、「2-1 移乗」及び「2-6 排便」が共に「全介助」であること。

(注2) 主治医意見書又は医師の診断書は、介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見でも可。