第22号様式

介護保険特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費支給申請書

(居宅介護・介護予防兼用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 1 | 4 | 2 | 1 | 0 | 9 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 性別 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 要介護・要支援度 |  | 認定有効期間 | 年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日 |
| 特定福祉用具・特定介護予防福祉用具 | 製造事業者名 | 販売事業所名 | 購入に要した費用 |
| 商品名 | 種目 | 指定介護保険事業所番号 | 購入日 |
|  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 注１　特定福祉用具等の種目欄には、次の中から該当する種目番号を記入してください。　　１　腰掛け便座　２　自動排泄処理装置の交換可能部分　３　入浴補助用具　４　簡易浴槽　５　移動用リフトのつり具の部分　　６　排泄予測支援機器　７　スロープ　８　歩行器　９　歩行補助つえ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具を必要とする理由の記載者 | 居宅介護若しくは介護予防支援事業所名又は販売事業所名 |  |
| 介護支援専門員氏名又は福祉用具専門相談員氏名 |  | 電話番号 |  |
| 添付書類 | * 領収書　　　　　　□　特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）のパンフレットの写し
* 確認調書及び医学的な所見が分かる書類（両書類ともに排泄予測支援機器に限る）
 |

注２　裏面の「特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）を必要とする理由」の記載者は介護支援専門員としますが、居宅(介護予防)サービス計画

　　書が作成されていない場合に限り、福祉用具専門相談員が記載することも可とします。

注３　裏面の「特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）を必要とする理由」については、個々の用具ごとに記入してください。

|  |
| --- |
| 三　浦　市　長　上記のとおり、関係書類を添えて特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費の支給を申請します。　　　　　　　年　　月　　日　　申　請　者　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　電 話 番 号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　） |

特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込記載欄 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 | 預金種類 | 口　座　番　号 |
| １ 普通２ 当座３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口座名義人 |  |

市記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※**裏面**にも記入欄があります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 起案日 | ・　　・ | 区分 | 保険料納付状況 | 領収書確認欄 |  |
| 決裁日 | ・　　・ | １　一般２　支払方法の変更３　一時差止４　給付額減額 | 滞納保険料の　有　・　無 |
| 決　　裁　　欄 | 決定区分 | 支　給 |
|  | 不支給（　　　　　　） |
| 給付決定額 | 円 |

　上記のとおり決定してよろしいか。

|  |  |
| --- | --- |
| 商品名 |  |
| 特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）を必要とする理由（種目番号７、８及び９は使用場所も記載） |

|  |  |
| --- | --- |
| 商品名 |  |
| 特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）を必要とする理由（種目番号７、８及び９は使用場所も記載） |

|  |  |
| --- | --- |
| 商品名 |  |
| 特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）を必要とする理由（種目番号７、８及び９は使用場所も記載） |

表面の振込口座名義人と申請者が異なる場合には、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委任状

　　年　　月　　日

（委任者）申請者

　　　　住所

　　　　氏名

　私は、下記の者に特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費の受領を委任します。

（受任者）口座名義人

　　　　住所

　　　　氏名

被保険者死亡により申請者が異なる場合には、下記の申立書欄に必要事項を記入してください。

申立書

　　年　　月　　日

　故　　　　　　　　　　　の特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）購入費の請求と受領は、私が行います。

　他の法定相続人から不服の申し立てがあった場合は、私が全て責任を持つことを申し立てます。

　　　　住所

　　　　氏名