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