

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号	272153									
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0						
生年月日	大・昭 年 月 日		個人番号									
住 所	〒572ー 電話番号 ()											
	寝屋川市											
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		給付制限		有 ・ 無							
購入履歴	有 ・ 無		今年度購入済額		円							
福祉用具名（種目・商品名）			製造事業者名／販売事業者名					購入予定金額（税込）				
			／					円				
			／					円				
			／					円				
（あて先）寝屋川市長							購入合計金額		円			
上記のとおり関係書類を添えて介護予防・居宅介護福祉用具購入費の支給を申請し、その請求及び受領を下記の者に委任します。												
年 月 日												
申請者 住所												
（委任者） 名前												
年 月 日							事業者番号					
住所												
受領者 事業所名												
代表者氏名 TEL ー ー												

注意 この申請書と、見積書及び福祉用具のパフレット等を併せて提出してください。

「福祉用具が必要な理由」については、裏面に個々の用具ごとに記載してください。

市記入欄（以下記入不要）

確認事項				
介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
給付制限	☐ 割	☐ 償還	残 額	円
備考（同一品目購入履歴など）			入力	
			☐ 事前	
			☐ 商品	
			☐ 承認	
			☐ 支給	

保存番号

以上より下記のとおり決定してよろしいか。

申請金額	円
本人負担額	円
支給決定額	円

課長	課長代理	係長	担当

受付印

特定（介護予防）福祉用具の購入が必要な理由書

被 保 険 者	フリガナ		被 保 険 者 番 号									
	氏 名		0	0	0	0						
	住 所	〒 _____	生 年 月 日									
		寝屋川市	明・大・昭					年		月		日

福祉用具名	
(心身の状況)	
(必要な理由)	
福祉用具名	
(心身の状況)	
(必要な理由)	
福祉用具名	
(心身の状況)	
(必要な理由)	

理由書記入者

資格・職種 ☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他（ ）

記入者名

※理由書を記入できるのは以下の方です。

- | | |
|------------|----------|
| ①保健師 | ②看護師 |
| ③准看護師 | ④理学療法士 |
| ⑤作業療法士 | ⑥社会福祉士 |
| ⑦介護福祉士 | ⑧義肢装具士 |
| ⑨福祉用具専門相談員 | 指定講習会修了者 |
| ⑩介護職員養成研修 | |

⑩の方は平成 28 年 4 月 1 日以降は福祉用具専門相談員指定講習会を終了する必要があります。

※申請時には次の書類を提出してください。

- ①介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
②特定（介護予防）福祉用具の購入が必要な理由書
③見積書（金額は税込・税抜が分かるように記載）
④商品のカタログ（コピー可）
＊すのこを購入する場合は、以下の書類も添付してください。
⑤浴室又は浴槽の長さが分かる図面
⑥浴室又は浴槽の全体を写した写真（要日付け）
＊同一品目は原則購入できませんが、保険者が認めた場合のみ購入することができます。その場合必ず理由を記入して下さい。

※選択制の品目に関しては、ケアマネージャーや福祉用具専門相談員の提案を受け、利用者の意思決定で購入が可能となります。