

倉敷市介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(令和 年 月購入)

被 保 険 者	氏名	フリガナ クラシキ タロウ	被保険者番号												
		倉敷 太郎	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
			個人番号												
	生年月日	明 (大) 昭 7 年 8 月 9 日	性別			(男) ・ 女									
	住所	〒710-8565 倉敷市西中新田640 電話 (自宅・携帯・呼出) 086 (426) 3343													
負担割合証の負担割合		1 割 ※介護保険負担割合証（白色）の負担割合を記入すること													
要介護度（認定期間）		要支援（ ）・要介護（2）(平) 令30年 5月11日 ～ 平 (令) 2年 5月31日													
	特定福祉用具名		製造事業所名	事業者番号	購入日	購入金額（税込）									
	種目	商品名		販売事業所名											
1	腰掛便座	ポータブル トイレ×口型	XYZ	9876543210 〇〇販売	平成 (令和) 元年5月20日	27,540円									
2	入浴補助 用具	シャワーチェ ア背もたれ付	ABC商事	9876543210 〇〇販売	平成 (令和) 元年5月20日	21,600円									
3	入浴補助 用具	浴槽台	ABC商事	9876543210 〇〇販売	平成 (令和) 元年5月20日	19,440円									
倉敷市長あて 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。 令和 元年 5月 25日 申請者名（被保険者） 倉敷 太郎															

申請者名欄は本人署名のほか、記名・押印、写真入り身分証明書の写しの添付、本人口座記載等で代えることができます。添付書類も同様にしてください。

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関の名称		(銀行)	□本店		金融機関番号				店番号			
	中国		信用金庫 信用組合 農協	倉敷		(支店)	0 1 2 3 4 5 6						
	預金種別		(1) 普通	2 当座 預金	口座番号		1 2 3 4 5 6 7						
	フリガナ		マルマルフクシヨウグハンバイショ ショチョウ オカヤマジロウ										
	口座 名義人		〇〇福祉用具販売所 所長 岡山 次郎										
※□受領委任払該当 □生活保護受給者		所属する居宅介護支援（地域包括支援）事業所または社会福祉事務所					担当者名						
		受領委任の場合 居宅介護支援（地域包括支援） 生活保護の場合 社会福祉事務所					(受)担当ケアマネ (生)担当ケースワーカー等						

- (注) 1 上記太枠内を記入してください。
2 受領委任払該当者および生活保護受給者については、※欄にも必要事項の記入を受けてください。
3 裏面にも記入欄があります。
4 訂正する場合は、申請者名の記入に合わせて訂正してください。（二重線をして署名又は押印）。修正テープ等は使えません。枠外に記名・押印と同じ印があれば捨印として取り扱います。

倉敷市 記入欄	受付窓口 □倉敷 □児島 □玉島 □水島 □真備	受付年月日 年 月 日	支給決定 年 月 日
	備考	添付書類 □領収書 □パンフレット □ケアプラン □委任状 □請求書 □申立書 □代表者選任届	入力

＜特定福祉用具購入が必要な理由＞

☐ 居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）又は特定福祉用具販売計画添付により省略

1 ポータブルトイレ

膝・腰の痛みのため、行動が制限され脚力低下が進み、足が上がりにくくふらつきもあるため、杖使用ですり足歩行の状況となった。移動・起居動作が緩慢となり、トイレまでの移動に時間を要し、尿意があるものの失敗を繰り返すようになったため、自室でポータブルトイレを使用し、排泄の自立ができるようにする。

2, 3 シャワーチェアおよび浴槽台

膝関節の痛みや可動の制限があるため、低い椅子からの立ち上がりが困難となっている。また、浴槽への出入りに際し、浴槽が深く、不安定な状態である。シャワーチェアや浴槽内の台で段差を解消すると、洗身や起居動作、またぎが安定した動きで行うことができる。

※理由欄の記載に代えて居宅サービス（介護予防サービス）計画書の写し又は特定福祉用具販売計画書の写しを添付した場合にも記入してください。

＜理由欄記入者種別＞ ☐ 介護支援専門員 ☐ 地域包括支援センター職員 ☐ 福祉用具専門相談員

＜事業所名＞〇〇福祉用具販売所

＜事業所番号＞

3	3	7	0	9	8	7	6	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

＜氏名＞ 倉敷 花子

＜電話＞ 086（434）9800

※理由欄の記載は、居宅サービス（介護予防サービス）計画書の写し又は特定福祉用具販売計画書の写しの添付に代えることができます。

※理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

〔記載例：「（身体状況）により（困難な状況）にあるため、（福祉用具）を使用することにより（困難な状況）の改善）できる」〕

※理由欄記入者の本人確認は、署名、記名・押印、資格のわかる身分証明書の写しの添付又は理由欄の記載に代える計画書（被保険者同意入り）の写しの添付等で行います。

特定福祉用具購入が必要な理由欄を担当ケアマネジャーが作成しない場合は、この申請内容について担当ケアマネジャーが確認・把握し、以下に署名又は記名・押印してください。

居宅介護支援（地域包括支援）事業所・担当者

△△△居宅介護支援事業所 新田 藤子