

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ				保険者番号	232090	
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女
住所	〒 一 碧南市 電話番号 ( ) 一					
種目	商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業所番号)	購入金額	購入日	
			( )	円	平成 年 月 日	
福祉用具が必要な理由						
種目	商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業所番号)	購入金額	購入日	
			( )	円	平成 年 月 日	
福祉用具が必要な理由						
種目	商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業所番号)	購入金額	購入日	
			( )	円	平成 年 月 日	
福祉用具が必要な理由						
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給の申請をします。						
平成 年 月 日						
碧南市長 禰宜田 政信 殿						
申請者 住所 碧南市 町						
氏名 印						
電話番号 ( ) 一						

注意 この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

居宅介護(支援)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 依頼欄	銀行	店	種目	口座番号
	信用金庫		1 普通預金	
	信用組合		2 当座預金	
協同組合	4 貯蓄預金			
金融機関コード	支店コード	9 その他		
フリガナ	口座名義人			

※口座名義人が被保険者以外の場合は、裏面の委任状に記入してください。

市記入欄

保険料	未納有 ・ 未納無	認定の有効期間	要介護状態区分					
給付制限	有 ・ 無	平成 年 月 日 ~	要支援	1	2	3	4	5
給付割合		平成 年 月 日	要介護					
既支給実績	有 ・ 無	既支給年月	平成 年 月	既支給額				
改修費用	円	対象費用	円	支給決定額	円			

## 委 任 状

平成 年 月 日

碧南市長 禰宜田 政信 殿  
 被保険者  
 (委任者)

住 所	印
氏 名	
生年月日	

私は、次の者に碧南市から支払いを受ける介護保険福祉用具購入費の受領に係る権限を委任します。

受任者	住 所	
	氏 名	
	被保険者との関係	

### 厚生労働大臣が定める居宅介護福祉用具購入費等の支給に係る特定福祉用具の種目

種 目	告 示 及 び 解 釈
(1) 腰掛便座	次のいずれかに該当するものに限る。 1 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの。 2 洋式便器の上に置いて高さを補うもの。 3 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能があるもの。 4 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器(居室において利用可能なものに限る)
(2) 特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので、本人又は介護を行う人が容易に使用できるものに限る。
(3) 入浴補助用具	入浴の際に座位の保持や浴槽への出入りなどの補助を目的とする用具で次のいずれかに該当するものに限る。 1 入浴用いす … 座面の高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するもの。 2 浴槽用手すり… 浴槽の縁を挟み込んで固定することができるもの。 3 浴槽内いす … 浴槽内に置いて利用することができるもの。 4 入浴台 … 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるもの。 5 浴室内すのこ… 浴室内において浴室の床の段差の解消を図ることができるもの。 6 浴槽内すのこ… 浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うもの。
(4) 簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。
(5) 移動用リフトのつり具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。