様式第26号(第33条、第42条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | 2 | 5 | 2 | 0 | 9 | 8 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　―　　　　電話番号　　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
|  | 福祉用具名(種目名及び商品名) | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| 1 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |
| 2 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |
| 3 |  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |
| 　　甲賀市長　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。　　　　　　年　　月　　日　　申請者　　　住所　〒　　　　－　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 |  | 銀行　　　信用金庫　信用組合　農業協同組合 |  | 本店支店出張所支所 | 種目 | 口座番号 |
| 　1 普通預金　2 当座預金　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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【添付書類】 | □領収証(被保険者あてのもの) | □福祉用具のパンフレット等(写し可) |
|  | □福祉用具サービス計画書(写し) | □委任状(被保険者と別世帯の者が申請する場合、または口座名義人が別世帯の者である場合) |
| 【注意】 | 裏面も記入してください。 |

 |

　　※市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付書類 | その他チェック項目 | 認定情報等 |
| □　領収証(原本)□　パンフレット等の写し□　ケアプラン又は理由書□　福祉用具サービス計画書□　委任状(申請者または振込先口座名義が被保険者と別の世帯の者の場合) | 滞納　　　　　　　　　有・無給付制限　　　　　　　有・無同一品目購入　　　　　有・無 | 認定日：　　　　年　　　　月　　　　日介護度：要介護1･2･3･4･5､要支援1･2､申請中有効期間：　　年　月　日～　　年　月　日 1号・2号　　　　年齢（　　　歳）負担割合：１・２・３ |
| 今年度中申請済額 |
| 対象額　　　　　　　　　　　　円支給額　　　　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| ＜福祉用具購入履歴＞　（該当する□にチェックし、内容を記入してください。）　 過去に同じ福祉用具を□　購入していない　 　　　　　　　　　　□　購入している(　　　　年　　月頃　（品目）　　　　　　　　　　　　　を購入）　 再購入の理由　　□破損　□状態が変わった　　状況、理由等を詳しく記載してください。 |
| ＜購入時の状況＞　　　（該当する□にチェックし、内容を記入してください。）　 □在宅　 □病院や介護保険施設に入院(所)　　※特定福祉用具の購入費支給は在宅での使用が対象です。購入時に病院や介護保険施設に入院(所)中の場合で申請される方は申請される理由を記載してください。 |

|  |
| --- |
| ＜特定福祉用具購入が必要な理由＞　　□居宅・介護予防サービス計画書添付により省略 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ＜理由欄記入者＞　□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＞　　　　　　　　　　　　　　　＜事業所番号＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜氏名＞　　　　　　　　　　　　　　　　　＜電話番号＞　　　　　　（　　　　　） |

※ 理由欄の記載は、居宅(介護予防)サービス計画書の写しを添付することにより特定福祉用具の購入が必要であることが確認できる場合は省略できます。

　 居宅(介護予防)サービス計画書の写しを添付した場合であっても、理由欄記入者・事業所名・氏名の記載は必要です。

※ 理由は、福祉用具ごとにそれぞれ記載してください。

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