

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	カゴシマ タロウ		保険者番号	4 6 2 0 1 0									
被保険者氏名	鹿児島 太郎		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	大正14年 1月 1日 生												
住所	(〒892-8677) 鹿児島市山下町11-1						電話番号 224-						
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										
ポータブルトイレ ○○型-AA	(株)カゴシマ	10,000円	令和 2年 4月 1日										
シャワーチェア □□型背肘あり	(株)カイゴホケン	10,000円	令和 2年 4月 1日										
		円	年 月 日										

「購入日」は領収証の「領収日」と一致。

疾病名、身体状況等から用具の必要性を記入する。
(複数の場合はそれぞれについて必要な理由を記入)

福祉用具が必要な理由	多発性脳梗塞で両下肢の筋力低下のため、尿意はあるが、寝室から6メートルほど離れたトイレまで歩くことが困難なため間に合わず失禁することがたびたびある。移動する負担を軽減し、安全で清潔に排泄するためベッド横にポータブルトイレを置き使用する。また、洗身の際自力で座位の保持ができないため、背もたれ肘掛付のいすで座位を安定させ洗身するためシャワーチェアを必要とする。
------------	---

鹿児島市長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) また、当該申請に係る介護給付費の受領について、下

令和 2年 5月 1日

申請者 住所 鹿児島市山下町11-1
(兼受領委任者) 氏名 鹿児島 太郎 (印)

理由欄のチェックポイント (一つの参考にしてください。)

- 現在の心身状態&居宅環境の記載がありますか。
- 現在利用者がどのような状態で入浴及び排泄を行うことができませんか。
- その福祉用具があることで利用者が入浴や排せつをすることが可能になりますか。
- その福祉用具は、利用者の心身状況などに合ったものか検討されていますか。

また、理由欄については、平成24年4月から福祉用具専門相談員に作成が義務付けられた利用者個別の福祉用具サービス計画書の写しを添付することで省略することもできます。その際は、理由欄には「別紙」と記入されているか確認してください。

この申請書による上記被保険者の保険給付額の受領権限について

受取人 (同意欄)	住所	〒890-0000 鹿児島市市山町1-1	
	事業者名	(株) ○○○○ 鹿児島営業所	
	代表者名	所長 山本 さぶろう	

受取人 (口座欄)	銀行	本店	種目	口座番号						
	○ △ 信用金庫 信用組合	鹿児島支店 出張所		1 普通預金	1	1	1	1	1	1
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金							
	2 2 2 2 2 2 2	2 2	3 その他							
フリガナ	か) ○○○○ カゴシマ 太郎 シチヨ ヤマト サブロウ									
口座名義人	(株) ○○○○ 鹿児島営業所 所長 山本 さぶろう									

(注) 1 この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

市記入欄	支給額	¥	備考	受付
	支給額	¥	介・支	入力
	支給額	¥	決定年月日	照合
			年 月 日	