

## 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	3	6	2	0	4	6
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年		月		日生	性別	男・女
住所	〒						電話番号	

該当に○	福祉用具種目 (該当に☑) 【商品名】	製造事業者・販売事業者名	購入金額	購入日
	① 腰掛便座【 □変換便座 □補高便座 □昇降便座 □ポータブルトイレ		円	令和 年 月 日
	② 自動排泄処理装置の交換可能部分【		円	令和 年 月 日
	③ 入浴補助用具【 □入浴用いす □浴槽用手すり □浴槽内いす □入浴台 □浴室内すのこ □入浴用介助ベルト		円	令和 年 月 日
	④ 簡易浴槽【		円	令和 年 月 日
	⑤ 移動用リフトのつり具の部分【		円	令和 年 月 日
	⑥ 排泄予測支援機器【		円	令和 年 月 日

阿南市長 様

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 年 月 日

申請者 氏名  
(被保険者)

申請書を提出する者	所属名		住所	〒 -
	氏名			
				電話番号 ( ) -

添付書類	・ 領収書 ・ 福祉用具が必要な理由 ・ 福祉用具のパフレット
------	---------------------------------

【注意】・福祉用具を複数購入した場合は、個々の金額が把握できるように領収明細書等の添付をしてください。  
・各月毎に申請書等を提出してください。  
・福祉用具購入に要した費用は、年度内で10万円です。但し、同一年度内での同一種目は、保険給付対象外です。

口座振替依頼欄	銀行	本店	口座番号	
	金庫	支店	普通	
	協同組合	支所	当座	
	金融機関コード	店舗コード	その他	
フリガナ				
口座名義人				

保険者記入欄	福祉用具購入に要した費用	円	給付率			給付決定額
			90/100	80/100	70/100	円
	決定日	令和 年 月 日	取扱者			
支援介護	利用済金額	円	整理番号			

※都合により本人名義以外の口座への振込を希望する場合は、下記の委任状に記入してください。

## 委任状

阿南市長 殿 令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人に定め、次の委任事項に関する権利を委任します。

### 委任事項

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する一切の権限

### 委任者（頼む人）

住所  
氏名  
生年月日 年 月 日 印  
電話番号

上記委任を承諾します。

### 代理人（頼まれる人）

住所  
氏名  
生年月日 年 月 日 印  
電話番号

※代理人の運転免許証等の身分証明書の写しを添付してください。

### 事務処理欄

身元確認書類		上の委任状に記載が無い場合	個人番号記載無しの理由
顔写真あり	顔写真無し		
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 認知症のため <input type="checkbox"/> その他 [ ]