**様式第23号 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 〒  電話番号（　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種目 | | １　腰掛便座　　　２　自動排泄処理装置の交換可能部品　　　３　排泄予測支援機器  　４　入浴補助具　　５　簡易浴槽　　　６　移動用リフトのつり具の部分　　７　スロープ  　８　歩行器　　　　　９　歩行補助つえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具名 | | | 製造事業者名 | 購入金額 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | |
| ① | | |  | 円 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| ② | | |  | 円 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| ③ | | |  | 円 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 福祉  用具が  必要な  理由 | ①の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東三河広域連合長　様  上記のことについて、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  　　　　　　　　住 所  申請者  　　　　　　　　氏 名　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　次の書類を添付のうえ申請をしてください。  　　　　１　領収証原本（写しとの照合確認後、返却します。）  　　　　２　領収証の写し  　　　　３　購入した福祉用具の確認ができるパンフレット、カタログ等  　　　　４　特定福祉用具が必要である理由のわかる居宅サービス計画書等  （注意）　「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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 銀行・信金  　　 　 農協・漁協  　　 　 信組 | | | | 本　店  　　 支　店  　　 　 出張所 | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務  処理欄 | 負担割合 | 要介護度・期間 | 給付実績 | 支給決定額 |
| 割 | 支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5  年　月　日～　　年　月　日 | 有（　　　　　　　円）・無 | 円 |