

介護保険福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

フリガナ 被保険者氏名	タチカワ ハナコ 立川 花子		被保険者番号	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4
生年月日	明治・大正	昭和	10	年	9	月	21	日	性別	男	・	女	
住 所	〒 190 - 0012 立川市高松町7-4-1 平成コーポ101号室 電話番号 042 - 523 - 2111												
福祉用具の種目	メーカー・商品名	購入金額	購入日(領収日)										
腰掛便座	株式会社 柴崎ライフ 家具調トイレSP	50,000 円	令和 6 年 5 月 30 日										
入浴補助用具 (入浴用いす)	株式会社 くるりん製作所 シャワーチェアF型フリー	30,000 円	令和 6 年 5 月 30 日										
		円	年 月 日										
※「福祉用具の種目」の欄には、(1)腰掛便座(2)自動排せつ処理装置の交換可能部品(3)排泄予測支援機器(4)入浴補助用具(5)簡易浴槽(6)移動用リフトのつり具の部分(7)固定用スロープ(8)歩行器(9)単点杖(10)多点杖のいずれかを記入してください。なお、(4)入浴補助用具については、①入浴用いす②浴槽用手すり③浴槽内いす④入浴台⑤浴室内すのこ⑥浴槽内すのこ⑦入浴用介助ベルトのいずれかも併せて記入してください。													
福祉用具が必要な理由	脳梗塞後遺症による左下肢の麻痺から、立ち上がりや歩行が不安定である。介護者の負担も大きく、夜間はトイレへ行くことが困難であるため、ポータブルトイレを設置することで、排泄の自立と安全が確保できる。また、低い位置からの立ち座りが困難であるため、シャワーチェアを利用することで、自立した入浴、洗身の安全が確保できる。												
申請時の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中 施設名 (柴崎総合病院)												
(あて先) 立川市長 上記のとおり必要書類を添えて、介護保険福祉用具購入費支給申請書の受領及び受領方法の指定に 令和 6 年 6 月 1 日 申請者(被保険者) [兼委任者] 住所 立川市高松町7-4-1 平成コーポ101号室 氏名 立川 花子 印 ※申請者氏名が署名である場合は、押印は不要です													
申請者は「被保険者様」です。 代理人様やご記入者(代筆者)様ではありません。													
[受任者]	住所	立川市泉町3-2-1											
	事業者名	株式会社 南砂福祉用具サービス											
	代表者(職名・氏名)	代表取締役 西砂 一郎											
介護保険事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	電話番号	042 - 528 - 4370	

- ・ 保険給付の対象となるのは、都の指定を受けた福祉用具販売事業所での購入に限ります。
- ・ 申請書には、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。
- ・ 「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(欄内に記載できない場合は裏面に記載)してください。

市記入欄	認定区分		給付制限	有・無	支払額合計	円	受付印
	負担割合	割	生活保護	有・無	介護保険対象額	円	
	領収書		入力		既保険給付額	円	
	納品確認	納品日		担当者④	保険給付対象額	円	
	備考					保険給付額(決定額)	円