

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		
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明治・大正 昭和 10 年 9 月 21 日生		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 4 年 8 月 6 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 4 年 8 月 6 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の支給を申請します。また、当該申請により生じる福祉用具購入費給付金の受領及び受領方法の指定に関する権限を下欄の者に委任します。 令和 4 年 8 月 20 日 申請者(被保険者) 住 所 立川市高松町7-4-1 平成コーポ101号室 [兼委任者] 氏 名 立川 花子															
[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⑩	保険給付対象額	円	
	備考					保険給付額(決定額)	円