様式第３０号（第２６条関係）

介護保険居宅介護（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 | | 年　　月　　日 | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 須賀川市長  　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　居宅介護（予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（裏）** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **➤　支払方法が「受領委任払い」の場合のみ記入してください** | | | | | | |
| **入院(入所)中・認定申請中の事前申請確認　⇒　　該当なし　・　該当あり** | | | | | | |
| ＊該当ありの方は「介護保険の福祉用具購入における事前承諾書」に記入してください。 | | | | | | |
| 介護保険の福祉用具購入における事前承諾書 | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | |
| （承諾者）被保険者氏名 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 次の内容を承諾したうえで福祉用具を購入します。 | | | | | | |
| (1)入院（入所）中に購入する場合、予定変更等で退院（退所）できなくなったときは、福祉用具購入費の支給はできません。 | | | | | | |
| (2)認定申請中に購入する場合、認定結果が非該当のときは、福祉用具購入費の支給はできません。 | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 事前申請時に記入 | | 事後申請時に記入 | | | | | 退院（退所）予定日 |  | 退院（退所）日 |  | | | | 要介護認定申請日 |  | 要介護認定日 |  | 介護度 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 福祉用具購入事前申請確認結果 | | | | | | 事前申請受付日 |
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給に係る事前申請の内容について、 次のとおり確認しました。 | | | | | |  |
| 確認日 | 年　　月　　日 | | | 承認 | する　・　しない |
| 不承認の理由 |  | | | | |
| 支給対象額 | 円 | 備考 |  | | |
| ※これは事前申請時における購入内容を確認したものであり、最終的な福祉用具購入費の支給決定ではありません。また、支給対象額は保険給付の対象となる購入費用（同一年度で上限１０万円）です。支給金額とは異なりますのでご注意ください。 | | | | | |