

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書 (生)

担当

(R1.05版)

被保険者番号		保険者番号	132290
住所	〒 西東京市 町 丁目 番 号		
フリガナ	福祉用具購入予定時の要介護度		
被保険者氏名	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		

販売事業者名	事業者番号:		
福祉用具名	種目		
	商品名		
製造事業者名			
購入予定額	円	円	円
購入予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

福祉用具が必要な理由 ※身体状況を踏まえ具体的に記入してください。

記入者名:  ケアマネジャー

事業所名:  福祉用具専門相談員

特定福祉用具購入実績 (現年度分)  あり (購入品目: )  なし

(あて先) 西東京市長  
 上記のとおり福祉用具を購入したいので、関係書類を添えて申請します。  
 福祉用具を購入しましたら領収書を提出します。  
 令和 年 月 日  
 申請者 住所  
 (被保険者) 氏名 ⑩ 電話番号

(添付書類)

- 見積書(被保険者あてのもの)
- 福祉用具のパフレット等(コピー可)
- 介護給付費の受領に関する承諾書

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

負担割合	1割	決定通知	納付書	審査	確認	受付
既支給済額	円					
支給残額	円					
今回支給予定額	円					

領収書受領日	年 月 日
領収日	年 月 日
福祉用具購入額	円
支給決定額	円

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請書 (生)

担当

(R1.05版)

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	132290
住所	〒202-8555 西東京市 中 町 1 丁目 5 番 1 号											
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ						福祉用具購入時の要介護度					
被保険者氏名	西東京 太郎						要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
生年月日	明治 大正 昭和 5 年 10 月 15 日											

販売事業者名	株式会社□□□		
	事業者番号 1300000000		
福祉用具名	種目	入浴補助用具(入浴用いす)	腰掛便座
	商品名	シャワーチェアA	ポータブルトイレS
製造事業者名	〇〇〇株式会社	△△△株式会社	
購入予定額	16,800 円	30,000 円	円
購入予定日	令和元年5月15日	令和元年5月15日	令和 年 月 日

福祉用具が必要な理由 ※身体状況を踏まえ具体的に記入してください。


記入者名: 介護 花子  ケアマネジャー

事業所名: 株式会社 〇〇〇介護支援事業所  福祉用具専門相談員

【入浴用いす】:筋力低下のため踏み込みが弱く、入浴時に立ち上がりがうまくできないが、高さ調節のできるいすを使うことにより、立ち上がりを容易にするため。

【腰掛便座】:歩行困難で付き添いが必要なので、部屋に腰掛便座を置くことにより、夜間に一人でトイレまで歩かなくても良いようにするため。

特定福祉用具購入実績 (現年度分)  あり (購入品目: 入浴補助用具 (入浴台) )  なし

(あて先) 西東京市長  
上記のとおり福祉用具を購入したいので、関係書類を添えて申請します。  
福祉用具を購入しましたら領収書を提出します。  
令和 元 年 5 月 1 日  
申請者 住所 西東京市中町1-5-1  
(被保険者)  
氏名 西東京 太郎  電話番号 042-464-1311

- (添付書類)
- 見積書(被保険者あてのもの)
  - 福祉用具のパフレット等(コピー可)
  - 介護給付費の受領に関する承諾書

以下市処理欄(記入しないでください)

負担割合	1割	決定通知	納付書	審査	確認	受付
既支給済額	円					
支給残額	円					
今回支給予定額	円					

領収書受領日	年 月 日
領収日	年 月 日
福祉用具購入額	円
支給決定額	円