

**介護保険 居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費 支給申請書**  
(償還払い用)

**表**

フリガナ		被保険者証番号																		
氏名																				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日																
福祉用具の種目名	事業者番号(販売事業者)		購入金額		福祉用具が必要な理由															
福祉用具の商品名	販売事業者名 製造事業者名		購入日																	
				円																
				年 月 日																
				円																
				年 月 日																
				円																
				年 月 日																
購入金額合計										円										
<p>(あて先) 仙台市区長                  上記のとおり、関係書類を添えて 居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費の支給を申請します。                  令和 年 月 日                  申請者 (住所)                   (氏名) (電話番号)</p>																				

居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込み願います。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店 支店 出張所			種別	口座番号						
	金融機関コード			店舗コード			1普通預金 2当座預金						
	フリガナ												
	口座名義人												

※申請者本人名義以外の口座へ振り込みを行う場合は、給付金受領に関する委任状(様式は任意)が必要です。

処 理 欄	
收受	

## 〈申請書作成上の注意〉

- ・ 購入後のトラブルを防止するため、申請を行う（購入する）前に、購入を予定している福祉用具が対象となるか、支給限度基準額を超えていないか等について、担当のケアマネジャーか福祉用具販売業者に相談するか、区役所に確認をしてください。
- ・ 申請には以下の書類を準備して、提出してください。

① 居宅介護・介護予防特定福祉用具購入費支給申請書	申請書中の“福祉用具が必要な理由”は、基本的に下記②および③の書類の添付で確認するので記載は不要。 ※特に記載すべき理由がある場合に記載する。申請書の枠内に記載が困難な場合については、任意様式に、必ず、当該被保険者の氏名・被保険者番号、対象福祉用具及びその必要な理由が分かる内容を記載して提出する。
② 居宅介護・介護予防サービス計画（ケアプラン）の写し	ケアプランが作成されている場合は、特定福祉用具が必要である旨が記載されたケアプランの写しを添付する。 ※入院中等で暫定ケアプランにより購入した方は、暫定ケアプランと確定ケアプランの両方を提出する。 ※ケアプランが作成されていない場合は不要
③ 特定（介護予防）福祉用具販売計画の写し	特定（介護予防）福祉用具販売事業者が作成した、特定（介護予防）福祉用具販売計画の写しを添付する。
④ 領収証	被保険者あての領収証が必要。支給対象とならない福祉用具が含まれたものでも差し支えないが、介護保険の福祉用具購入費の支給対象となる品目ごとの金額がわかるもの（内訳）を添付する。
⑤ 福祉用具のパフレット等	購入した福祉用具の概要がわかるもの（写し可）。 ※オーダーによる福祉用具の場合は、見積書または仕様書等（サイズや形状がわかるもの）のほか、設置後の日付入りの写真を添付する。
⑥ 介護保険被保険者証	写し可。
⑦ 介護保険負担割合証	写し可。
⑧ 委任状	申請者本人名義以外の口座へ振り込みを行う場合は、給付金受領に関する委任状を添付する。（様式は任意）
排泄予測支援機器を購入する場合は、以下の⑨・⑩の書類も必要です。	
⑨ 医学的な所見が分かる書類 （右記(ア)～(エ)のうちいずれか一つ)	(ア) 介護認定審査における主治医の意見書 (イ) サービス担当者会議等における医師の所見 (ウ) 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見 (エ) 個別に取得した医師の診断書
⑩ 排泄予測支援機器 確認調書	利用者の情報や、排泄予測支援機器の試用についてわかるもの。

◎利用者負担割合は、原則、領収日時点の負担割合が適用となります。

- ・ 福祉用具購入費の支給は、提出された申請書及び書類を審査して決定します。審査で適切でないと判断された場合は、福祉用具購入費を支給しない場合もありますので、ご了承ください。

仙台市処理欄	資格・認定状況	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	保険料納付状況	滞納保険料(無・1年・1年半) 給付制限(無・有)	
	負担割合	1割・2割 <input type="checkbox"/> 事業者都合該当 3割 (納品日 年 月 日, 領収日 年 月 日)	
	添付書類確認	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 福祉用具販売計画 <input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 確認物( )	
備考	今年度購入の福祉用具 あり・なし 購入済品目( ) 支給済額 ×0.9・0.8・0.7= 円 限度額の残額 円		

決裁欄	
課長	
係長	
係員	