

長野市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	ナガノ タロウ		保険者名	長野市		保険者番号		2 0 2 0 1 0	
被保険者氏名	長野 太郎		被保険者番号		0 0 0 9 8 7 6 5 4 3				
生年月日	大 昭 4 年 5 月 3 0 日								
住所	〒 380-8512		長野市大字鶴賀緑町1613			連絡先(電話) 224-7871			
福祉用具の種目及び商品名	製造事業者名 販売事業者名及び事業者番号		購入金額		領収日				
1	入浴補助用具 浴槽手すり○×△		用具の製造事業者名 販売事業者名 販売業者の事業者番号		32,000 円		4年 8月 1日		
2					領収書の内容が転記されているか確認してください。				
3	用具の種目名、商品名を記入してください。 ※不明な時は、販売店に確認してください。				円 年 月 日				
福祉用具購入が必要な理由 ※記入欄が不足する場合は、裏面若しくは別紙を添付してください。	◎「①同居者(介護者)の有無・どのような病状・身体状況のために」、「②どのような生活課題があり」、「③用具の使用によりどのような改善を見込むか」、使用環境を含め、動作の評価を具体的にご記入ください。 ◎複数の用具を購入した場合は、購入した商品ごとに理由を記入してください。 ① 独居。近隣に住む娘の訪問時に週3程度介助のもと入浴。R4.1に大腿骨骨折による2か月程度の入院をし、特に下半身の筋力の低下が顕著であり、歩行時にふらつきが見られ、転倒に注意するよう主治医から指示あり。 ② 浴槽へ入る際につかまるところがなく不安定であることからバランスを崩し転倒するリスクが高い。また、浴槽から立ち上がる際に、座った状態からだ力が入りにくく立ち上がりが困難な状態である。 ③ 手すりを使用し浴槽をまたぐことで、支えがあり安定した姿勢を保持することができ、浴槽から立ち上がる際は手すりにつかまり全身を使うことで、転倒のリスクが減り、軽介助にて安全に入浴することができると。								
支払希望金融機関	信州 銀行 信金 農協・県信	長野 本店/本所 支店・支所	金融機関コード						
フリガナ	ナガノ タロウ		口座種別		普通・当座				
口座名義人	長野 太郎		口座番号		0 1 2 3 4 5 6				
4年 8月 12日									
(宛先)長野市長 上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を上記の口座に振り込んでください。 申請者 住所 長野市大字鶴賀緑町1613 (被保険者) 氏名 長野 太郎 連絡先(電話) 224-7871									
(宛先)長野市長 上記の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受給を、次の口座名義人に委任します。 口座名義人 住所 氏名 申請者 (被保険者) 振込口座名義人が被保険者本人と違う場合は、委任欄への記入が必要です。									

添付書類

- 領収証
- 福祉用具のパフレットその他の当該福祉用具の概要を記載した書類
- 排せつ予測支援機器に係る申請の場合にあっては、医師の所見及び当該機器の試用の状況等が確認できる書類

受付日

長野市処理欄	給付実績確認		備考	端末入力
		<input type="checkbox"/> 調整		/
		<input type="checkbox"/> ①チェック		
		<input type="checkbox"/> 入力		
		<input type="checkbox"/> ②チェック		

<過去の購入実績> (該当する項目にチェックし、内容を記入してください。)

<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある	3年 4月頃に ポータブルトイレ	を購入(■現在も使用)
		年 月頃に	を購入(□現在も使用)
過去に同じ種目の購入歴がある場合 再購入の理由 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 用途が異なる <input type="checkbox"/> 状態が変わった			

<購入当時の状況> (該当する項目にチェックし、内容を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 病院や介護保険施設に入院(所)	入院(所)施設名
	入院(所)期間 年 月 日 ~ 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅(在宅)	(<input type="checkbox"/> 退院(所)直後 退院日: 年 月 日)

退院(所)していることを確認してから、申請してください。

【福祉用具購入が必要な理由】 ※表面の記入欄が不足する場合は、こちらに記入してください。

◎「①同居者(介護者)の有無・どのような病状・身体状況のために」、「②どのような生活課題があり」、「③用具の使用によりどのような改善を見込むか」、使用環境を含め、動作の評価を具体的にご記入ください。

◎複数の用具を購入した場合は、購入した商品ごとに理由を記入してください。

- 1. ①
- ②
- ③
- 2. ①
- ②
- ③
- 3. ①
- ②
- ③

記入者	氏名		連絡先		続柄	
	※記入者が <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー の場合、以下の欄も記入してください。					
	所在地					
	事業所名					