介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請について

大崎町役場　保健福祉課
TEL：099-476-1111（内線144）

介護保険による福祉用具購入の対象になるかどうかを利用者宅で開催される担当者会議等で確認をしますので，必ず役場担当者へご連絡ください。

福祉用具購入費の支給申請には，下記の書類等が必要です。

		必　要　書　類	摘　　要
既製品		1　介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書	日付の記載不要
		2　請求書	日付・金額の記載不要
		3　通帳の写し	表紙を１枚めくった見開き部分で口座名義人がカタカナで記載がある部分
	担会前	4　介護保険被保険者証の写し 負担割合証の写し	負担割合証のコピー忘れずに
	担会前	5　利用者基本情報，支援経過記録	
	担会後	6　居宅サービス計画書 サービス担当者会議の記録	福祉用具購入に係る記載がなされていること
	担会後	7　福祉用具のパンフレット	製造事業者名の記載があるか確認 （特注品の場合は不要）
	担会後	8　見積書	・総額５万円未満は不要 ・**総額５万円を超える場合は２社以上の見積が必要**
		9　領収書（福祉用具購入分）の原本と写し	原本は確認後に返却します
		10　設置状況のわかる写真	カラー写真
		11　モニタリングの支援経過記録	
特注品追加書類	担会後	12　介護支援専門員の意見書	様式は任意
	担会後	13　福祉用具内訳書（見積書）	・寸法，金額が分かるもの ・総額５万円を超える場合は２社以上の見積が必要
	担会後	14　住宅平面図（見取図）	設置箇所が分かるもの
	担会後	15　設置前・設置後の写真	日付入りのもの
○既製品の場合，購入前に必要な書類は，上記１・４・５・６・７です。　※８は５万円以上の場合			

留意事項

※入院（入所）中の福祉用具購入について

福祉用具購入費の支給は在宅サービスのため，入院（入所）中は支給申請はできません。入院（入所）中に購入することも可能ですが，支給申請は退院（退所）後となりますので，退院（退所）が延びれば支給できないことを申請者に十分説明してください。

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号				4	6	4	6	8	5
被保険者氏名		被保険者番号	4	6	8	0					
生年月日	大・昭　年　月　日生	性　別	男　・　女								
住　所	〒 大崎町　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	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日

福祉用具が 必要な理由		保険者	確認日	令和　年　月　日
			氏名	

大　崎　町　長　　様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）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　大崎町　　電話番号

氏名

注意　・この申請書の裏面に，領収証及び福祉用具のパン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して下さい。欄内に記載が困難な場合は，裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	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 3　その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

請　　求　　書

金　　円

ただし，介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費として

上記のとおり請求いたします。

令和　　年　　月　　日

請求者　　住　所　大崎町

氏　名

大崎町長　殿