

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 被保険者氏名		個人番号															
		保険者番号															
		被保険者番号															
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	負担割合	割	要介護度													
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																	
(宛先) 茂原市長																	
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（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																	

注意・この申請書に、福祉用具購入に要した費用に係る領収書、販売事業者から交付された販売の内容等を記載した証明書、福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

・「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（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

受取口座	☐ 公金受取口座を利用する（茂原市内の方のみ） ※公金受取口座への振込を希望する場合は、以下の振込先についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の振込先への振込を優先します。															
	☐ 振込口座を指定する（以下に金融機関情報を記入）															
口座振替 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							
	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															

福祉用具購入費・住宅改修費受領委任届

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号											
		被保険者番号											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別	男 ・ 女									
住 所	電話番号 - -												
給付の種類 (具体的に)	特定福祉用具の購入品目		住宅改修の内容										
費用額合計	円 （うち被保険者負担分 円）												

茂 原 市 長 様

上記の介護保険給付につきましては、茂原市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第2条第2項の規定により、当該保険給付の申請及び保険給付費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委 任 者 住 所

氏 名

受任者の氏名 又は事業者名 及び代表者氏名													
受任者住所	電話番号 - -												
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店（所）	口座種別			口座番号							
		支店（所）	1 普通預金										
		出張所	2 当座預金										
				3 その他									
	フリガナ												
	口座名義人												

※保険料が未納となっている方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている場合は、受領委任による給付はできません

年 月 日

(宛先) 茂原市長

住 所
氏 名

事前協議書

私は、下記のとおり介護保険特定福祉用具購入費について、受領委任払いにより支給を受けたいので、茂原市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第2条第1項の規定により提出します。

種 別				
商 品 名				
購入予定価格	円	円	円	円
製造事業者名				
販売事業者名				

上記以外に以前に介護保険給付により特定福祉用具を購入したことがあれば記載してください。				
購入した用具の種類		購入時期	年 月 日	購入
購入価格		保険給付の額		

購入予定の特定福祉用具の内容、商品名及び製造事業者名等が分かるパンフレット等を添付してください。
この事前協議書は給付対象となるかどうかの確認であり、給付を決定するものではありません。

市確認受付印 保険者意見欄

私は本協議書の提出、受領の権限を下記の者に委任します。

氏 名

様

委 任 状

受 任 者

住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請
に係る支給決定額の受領に関する一切の権限を上記の者に委任します。

年 月 日

委 任 者

住 所 _____

氏 名 _____

別添

排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

年 月 日

事業所名 _____
所在地 _____
確認者名 _____

記

【利用者情報】

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 年齢 歳

同居家族 _____ トイレへの主な介助者 _____

要介護区分 要介護・要支援 _____

介護認定調査 項目 2－5 排尿（該当するものに○をする）

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名： _____ 機種名： _____

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有 ・ 無（無の場合、以下に試用しなかった理由を記載） _____		
試用期間	____月____日 ～ ____月____日（1日あたり ____時間装着）		
装着し、通知がされたか	可・否	通知後、トイレまでの誘導時間	____分
試用結果（※）（通知後にトイレで排泄できた回数／実際の通知回数）			
____月____日	____回／____回	____月____日	____回／____回
____月____日	____回／____回	____月____日	____回／____回
____月____日	____回／____回	____月____日	____回／____回
____月____日	____回／____回	____月____日	____回／____回

（※）試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。