

第27号様式（第29条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

藤沢市長 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 藤沢市朝日町1-1

申請者 (被保険者) 氏名 藤沢 介護

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

次のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

被保険者	氏名	藤沢 介護				被保険者番号	1	2	3	4	
	生年月日	明・大・昭	〇〇	年	〇	月	〇	日	負担割合	1割	2割
	住所	〒251-8601 藤沢市朝日町1-1				電話番号	〇〇-〇〇〇〇				

被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。

マイナンバー（個人番号）の記入にあたっては、下記【マイナンバー記入時の注意点】をご確認ください。なお、マイナンバー（個人番号）がわからない場合は、未記入でご提出ください。

負担割合証で負担割合を確認し、○をつけてください。

福祉用具種目・商品名・TAISコード	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 購入日
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行者（歩行車除く） <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ（松葉杖除く）	〇〇〇〇〇 △△△△△	購入金額 1 購入日(月) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
(商品名) 浴槽手すり TAISコード 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 6 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	介護保険指定事業所番号 〇〇 月 〇〇 日	
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行者（歩行車除く） <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ（松葉杖除く）		購入日(月) _____ 年 _____ 月 _____ 日
(商品名) TAISコード _____	介護保険指定事業所番号 _____	購入金額 _____ 円 購入日(月) _____ 年 _____ 月 _____ 日
購入した福祉用具に対して、必要な理由を記入してください。 ※複数種目購入した場合は、それぞれの種目について、必要な理由を記入してください。 ※書き切れない場合は、別に理由を記載した書類を提出してください。	介護保険指定事業所番号 _____	購入した福祉用具の合計金額を記入してください。 購入金額合計 10,000 円

販売事業者の介護保険指定事業所番号を記入してください。

購入した福祉用具のTAISコードを記入してください。

購入した福祉用具の合計金額を記入してください。

福祉用具が必要な理由 加齢に伴う下肢筋力低下により、跨ぎ動作が不安定な手すりを使用することで安全な動作を行う。

<口座振込依頼欄>

私に支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、次の口座に振り込んでください。外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものと取り扱われます。

金融機関名	金融機関コード	支店名
えのしま 銀行 信用金庫 信用組合	△ △ △ △	江の島
口座種別	口座番号	フリガナ
1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ フジ
	口座名義人	藤沢 介護

添付書類として、
 ・領収書（被保険者本人宛の原本（写し可））
 ・購入した福祉用具の商品名、価格、製造事業者名が記載されているパンフレット等（写し可）が必要です。
 ※すのこの等のオーダーメイド品を購入した場合は、見積書及び完成前後の写真を添付してください。
 ※排泄予測支援機器を購入した場合は、医学的な所見を確認できる書類と排泄予測支援機器確認調査書の添付も必要です。

【マイナンバー（個人番号）記入時の注意点】

マイナンバー（個人番号）を記入の上、申請書を提出する場合は、次のとおり、被保険者本人のマイナンバー（個人番号）確認書類及び申請者（又は代理人）の本人確認書類の提示（郵送の場合は写しを添付してください。）が必要です。

- 被保険者本人が窓口で提出する場合・郵送で提出する場合
 - ・マイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票）
 - ・本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）
- 被保険者本人以外（代理人）が窓口で提出する場合
 - ・被保険者のマイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票）
 - ・代理人の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）