

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

記入例②

フリガナ	ナカガワ ハナコ	保険者番号	4							
被保険者氏名	那珂川 花子	被保険者番号	0	0	0	0	x	x	x	x
生年月日	明・大昭 7年10月1日	性別	男	女	介護度	介1				
住所	〒811-1299 那珂川市西隈1丁目1番1号 電話番号 092-953-2211									
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日							
入浴補助用具 浴槽内イス〇〇-××	那珂川化成(株) かわせみ販売	15,000円	令和1年12月10日							

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

専門相談員等 意見欄	※...の提供が必要な理由
専門相談員等氏名	入院による廃用にて下肢筋力の低下があり、低い位置からの立ち座りができず、設置済の手すりなどへの負担が大きい。また、浴槽が〇〇cmと深く、跨ぎにおいても浴槽内イスの動作と安全性を獲得できる。浴槽内イスを利用することで、自宅で、自ら自立した入浴をすることが出来るようになる。
資格等	ケアマネ等もしくは 福祉用具専門相談員

記入は不要です

（市町村）那珂川市長  
り、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の申請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取り下げ、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日

住所 那珂川市西隈1丁目1番1号

申請者 被保険者氏名 那珂川 花子 電話番号 092-953-2211

※本人もしくは家族等の自筆であること。

なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。

振込先口座	なかがわ 銀行 本店	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	〇 × △ □ ◇
	フリガナ	ナカガワ ハナコ	
	口座名義人	那珂川 花子	

記入は不要です

年 月 日

住所 那珂川市大字安徳702番地1

委任を受けた者 事業所名 かわせみ販売

代表者氏名 安徳 一郎 電話番号 092-953-4563

居宅介護支援事業所等 確認欄	支 援 事 業 者 等 名 称	ケアマネジャー等氏名（自筆）
	南畑ケアプラン	南畑 太郎
事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を（ 3 ）社紹介した。	

- 注意
- ・この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。
  - ・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - ・購入後には、領収書を提出してください。

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等	かわせみ販売	作成日	R4.12.2	
資格等	福祉用具専門相談員	氏名	安徳 太郎	電話番号	092-953-4563

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0 0 0 0 X X X X X X	年齢	●歳	生年月日	S7年10月1日
	被保険者氏名	那珂川 花子	要介護認定	要支援 1・2	要介護	① 2・3・4・5

<総合的状況>

利用者の身体状況	<p>既往症等：高血圧、骨粗鬆症 : 身長 148 cm : 体重 40 kg</p> <p>肺炎でR4.11.20～R4.11.28まで入院</p> <p>困難を感じる具体的状況</p> <p>年齢による下肢筋力の衰えはあったが、肺炎による入院をきっかけに、かなりの進行が見られる。定位置からの立ち座りにおいて、動作の困難さと不安定さが顕著である。骨粗鬆症の治療中でもあり、転倒などが骨折につながるリスクは大きい。</p>
介護状況	<p>介護者の状況</p> <p>独居であり、家族等から日常的な支援は望めない。</p> <p>困難を感じる住宅の状況</p> <p>便座の高さ ( ) cm : 風呂桶の高さ/内側 (〇〇) cm・外側 (〇〇) cm : ( ) の段差 ( ) cm</p> <p>その他具体的に 浴室に手すりはない。現在は、浴槽の縁や蛇口につかまり立ち上がっている。 洗い場には、亡夫が購入したシャワーチェアがあり、問題なく使用している。</p> <p>福祉用具購入の有無 <u>なし</u>・あり (品目: )</p> <p>福祉用具貸与の有無 <u>なし</u>・<u>あり</u> (品目: たちアップ/寝室 )</p> <p>住宅改修の有無 <u>なし</u>・あり (品目: )</p>
その他困難がある状況	<p>通所介護の利用はあるが、一人での入浴にこだわりあり自宅での入浴の継続を希望されている。通所事業所において専門職による機能訓練を受けているが、年齢から大きな回復は望めないと聞き取っている。</p>

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善しようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入 <input checked="" type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・ <u>浴槽内</u> ) 上がり框・ ( ) <input type="checkbox"/> 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ ( ) <input type="checkbox"/> 昇降 ( ) <input type="checkbox"/> 車いす・装具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末	<input checked="" type="checkbox"/> その他 浴槽内側が深くなっており、身長が低い場合、浴槽の跨ぎにおいても、浴槽内椅子を使用することで、動作の容易性と安全性を確保することができる。
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 ・据置式便器 ・補高便座 ・立ち上がり補助便座 ・ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 ・入浴用椅子 ・浴槽用手すり <u>浴槽内椅子</u> ・入浴台 ・浴室内すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった ( ) をできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減	<input checked="" type="checkbox"/> その他 福祉用具を使用することで、自宅において、安全に、また身体への負担を軽減しながら入浴における自立を継続することができる

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に ( 2 ) 機種を紹介した。
-------	--