

# 福祉用具貸与・購入費補助金申請書

(兼口座振替依頼書)

(公財)広島原爆障害対策協議会会長

令和 年 月 日

|   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
|---|---------------------------------|---|--------|--------------------|----------|-----------|---------------------|---------------------|---------|--------|--------------|------------|-----------|------------|------------|-----------------|----------|----------|------------|-------------------|--|--------------|--|
| ふりがな  | 被爆者健康手帳番号                       | 大正<br>昭和 年 月 日                            |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 氏名<br><div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 居住地 郵便番号 ( ) - ( ) 電話 ( ) - ( )   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 広島県 郡・市 町 丁目 番 号 ( ) 方<br>広島市 区   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 同一世帯員の人数 名 (申請者を含めて)  |                                 | (該当する方を○で囲ってください)<br>これまでに申請したことが ある ・ ない |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 介護保険法による要介護認定等  | 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 福祉用具貸与・購入費利用の種目 (該当するものに ○ 印) (14~19は特定福祉用具:購入種目)   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 車いす</td> <td style="width: 33%;">7. 手すり (工事を伴わないもの)</td> <td style="width: 33%;">14. 腰掛便座</td> </tr> <tr> <td>2. 車いす付属品</td> <td>8. スロープ (工事を伴わないもの)</td> <td>15. 自動排泄処理装置の交換可能部品</td> </tr> <tr> <td>3. 特殊寝台</td> <td>9. 歩行器</td> <td>16. 排泄予測支援機器</td> </tr> <tr> <td>4. 特殊寝台付属品</td> <td>10. 歩行補助杖</td> <td>17. 入浴補助用具</td> </tr> <tr> <td>5. 床ずれ防止用具</td> <td>11. 認知症老人徘徊感知機器</td> <td>18. 簡易浴槽</td> </tr> <tr> <td>6. 体位変換器</td> <td>12. 移動用リフト</td> <td>19. 移動用リフトのつり具の部分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13. 自動排泄処理装置</td> <td></td> </tr> </table> |                                 |   | 1. 車いす | 7. 手すり (工事を伴わないもの) | 14. 腰掛便座 | 2. 車いす付属品 | 8. スロープ (工事を伴わないもの) | 15. 自動排泄処理装置の交換可能部品 | 3. 特殊寝台 | 9. 歩行器 | 16. 排泄予測支援機器 | 4. 特殊寝台付属品 | 10. 歩行補助杖 | 17. 入浴補助用具 | 5. 床ずれ防止用具 | 11. 認知症老人徘徊感知機器 | 18. 簡易浴槽 | 6. 体位変換器 | 12. 移動用リフト | 19. 移動用リフトのつり具の部分 |  | 13. 自動排泄処理装置 |  |
| 1. 車いす  | 7. 手すり (工事を伴わないもの)              | 14. 腰掛便座                                  |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 2. 車いす付属品   | 8. スロープ (工事を伴わないもの)             | 15. 自動排泄処理装置の交換可能部品                       |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 3. 特殊寝台   | 9. 歩行器                          | 16. 排泄予測支援機器                              |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 4. 特殊寝台付属品  | 10. 歩行補助杖                       | 17. 入浴補助用具                                |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 5. 床ずれ防止用具  | 11. 認知症老人徘徊感知機器                 | 18. 簡易浴槽                                  |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 6. 体位変換器  | 12. 移動用リフト                      | 19. 移動用リフトのつり具の部分                         |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
|   | 13. 自動排泄処理装置                    |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 利用料の自己負担額 _____円 ( 令和 年 月 ~ 令和 年 月分 )   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| ケアプラン作成事業者名・所在地<br>郵便番号 ( ) - ( )   |                                 | 電話 ( ) - ( )                              |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| 口座振替を希望する金融機関及び支店名  | 銀行 支店<br>金庫・農協・組合 支所            | 普通預金口座番号<br>名義 ( )                        |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・私の補助金は、上記の金融機関口座へ振り替えてください。</li> <li>・補助金受給資格認定のために必要があるときは、会長が市町村および居宅介護支援サービス事業者等に照会を行うことに同意します。</li> </ul>   |                                 |   |        |                    |          |           |                     |                     |         |        |              |            |           |            |            |                 |          |          |            |                   |  |              |  |

- \*添付書類: 介護保険証 (コピー) 市町村民税非課税世帯であることを証明するもの (申請年度分)  
福祉用具利用の自己負担額領収証 (購入の場合は自己負担額がわかるものを添付)  
補助金振込用預金通帳のコピー (初回申請の方)
- \*問い合わせ連絡先: 申請者自宅 ケアプラン作成事業者  
その他 ( )

\*以下の欄は記入しないでください。

|                  |       |   |                         |    |    |
|------------------|-------|---|-------------------------|----|----|
| 受付印              | 決定    | 支給金額 (上限2万円)<br>_____円<br>(A×0.5; 千円未満の端数切捨て) | 決裁<br>令和 年 月 日          |    |    |
|                  | 1 該当  | 利用料負担額 (A)<br>_____円                          | 係                       | 主任 | 課長 |
| R 年 月 日<br>郵送 提出 | 2 非該当 | 理由  | 保存 年度<br>保存区分 第2種 10年保存 |    |    |
| 備考               |       |   |                         |    |    |