

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	
氏名		大正 昭和 年 月 日
印		
居住地	郵便番号 () - ()	電話 () - ()
広島県 広島市	郡・市 区	町 丁目 番 号 () 方
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) 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 (該当する種目の番号を ○ で囲ってください) ※8~10 は貸与と購入の選択制 ・ 1~7 および 11~13 は貸与のみ ・ 14~19 は購入のみの種目		
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	電話 () - ()	
郵便番号 () - ()		
口座振替を希望する金融機関及び支店名	銀行 支店 金庫・農協・組合 支所	普通預金口座番号 名義 ()
・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。 ・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。		

*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) _____円 (A×0.5; 千円未満の端数切捨て)	決裁 令和 年 月 日		
	1 該当	利用料負担額 (A) _____円	係	主任	課長
		対象期間 R 年 月 ~ R 年 月			
R 年 月 日 郵送 提出	2 非該当	理由	保存 年度 保存区分 第2種 10年保存		
備考					