

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 昭和 年 月 日		
氏名			令和 年 月 日		
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 事業者名					
郵便番号 () - () 電話 () —					
住 所					
口座振替を希望する金融機関及び支店名		銀行	支店	普通預金口座番号	
		金庫・農協・組合	支所		
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 対象期間 R 年 月 ~ R 年 月	係	主任	課長
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					