

福祉用具貸与・購入費補助金申請書

(兼口座振替依頼書)

公益財団法人広島原爆障害対策協議会会長

押印してください

令和 8 年 4 月 1 日

ふりがな	ひろしま たろう	被爆者健康手帳番号	0000000	生年月日	大正 1 年 1 月 1 日
氏名	広島 太郎				
居住地	郵便番号 (730 - 0052)	電話 (012)	345 - 6789		
広島県	広島市中区千田町三丁目8番6号				
同一世帯員の人数	2 名 (申請者を含めて)	これまでに申請したことが	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
介護保険法による要介護認定等	要支援	要介護	3		
福祉用具貸与・購入の種目	該当する種目の番号横の口をクリックして選択				
*8~10は貸与か購入の選択制、1~7および11~13は貸与のみ、14~19は購入のみの種目					
<input checked="" type="checkbox"/> 1.車いす	<input type="checkbox"/> * 8.スロープ(工事を伴わないもの)	<input type="checkbox"/> 14.腰掛便座			
<input checked="" type="checkbox"/> 2.車いす附属品	<input type="checkbox"/> * 9.歩行器	<input type="checkbox"/> 15.自動排泄処理装置の交換可能部品			
<input type="checkbox"/> 3.特殊寝台	<input type="checkbox"/> * 10.歩行補助杖	<input type="checkbox"/> 16.排泄予測支援機器			
<input type="checkbox"/> 4.特殊寝台附属品	<input type="checkbox"/> 11.認知症老人徘徊感知機器	<input checked="" type="checkbox"/> 17.入浴補助用具			
<input type="checkbox"/> 5.床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 12.移動用リフト	<input type="checkbox"/> 18.簡易浴槽			
<input type="checkbox"/> 6.体位変換器	<input type="checkbox"/> 13.自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 19.移動用リフトのつり具の部分			
<input type="checkbox"/> 7.手すり(工事を伴わないもの)					
利用料の自己負担額	12,000 円	(令和 7 年 3 月 ~ 令和 8 年 2 月)			
ケアプラン作成事業者名・所在地	事業者名 ○○居宅介護支援事業所				
郵便番号	(730 - 0052)	電話 (001)	234 - 5678		
住所	広島市○区○○町1-1-1				
口座振替を希望する金融機関及び支店名	金融機関種類 (銀行、組合など) を選択	支店、支所を選択	普通預金口座番号		
○○○信用	金庫	○○ 支店	0123456		
			名義 (広島 太郎)		
・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 (長女: 広島花子 電話070-11112222)

自宅、事業者以外に連絡先がある場合には記入してください

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