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 氏名　　印	被爆者健康手帳番号 －	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	男・女

居住地　　郵便番号　（　　）－（　　）　　電話（　　）　　―

広島県　　郡・市　　町　　丁目　　番　　号（　　方）
広島市　　区

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）(13～17 は特定福祉用具：購入種目)

１．車いす	７．手すり（工事を伴わないもの）	１３．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）	１４．特殊尿器
３．特殊寝台	９．歩行器	１５．入浴補助用具
４．特殊寝台付属品	１０．歩行補助杖	１６．簡易浴槽
５．じょくそう予防用具	１１．痴呆性老人徘徊感知器	１７．移動用リフトのつり具の部分
６．体位変換器	１２．移動用リフト	

利用料の自己負担額　＿＿＿＿＿＿円　（　　年　　月　～　　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 1　該当	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		
		利用料負担額（A） ＿＿＿＿＿＿円 対象期間 年　　月～　　年　　月	係	主任	課長
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					