

介護保険申請用 ユニットバス価格振り分け表

(参考)

お客様名：〇〇 〇〇

令和〇年〇月〇日

〇〇株式会社

〒〇〇〇-〇〇〇

〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地

電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

プラン品番
〇〇〇〇〇〇〇〇

	箇所		標準希望小売価格		
			基本プラン	オプション	計
介護保険対象	床		242,000	0	242,000
	ドア		45,000	0	45,000
	手すり	I 型 L=800	0	9,000	9,000
		I 型 L=600	0	6,600	6,600
介護保険対象外	壁		110,000	0	110,000
	天井		90,000	0	90,000
	浴槽		130,000	0	130,000
	器具		110,700	77,500	188,200
	その他		149,800	0	149,800
合計			877,500	93,100	970,600

※ユニットバスは購入設置費すべてが対象となるわけではなく、手すりの取り付け・段差の解消・床材の変更・扉の取替えに該当する場合に対象となります。

※ユニットバスの申請をする場合は、上記のようなユニットバスメーカー作成の振り分け表を提出していただくか、ユニットバスメーカーが作成した内訳に介護保険対象部分と対象外部分を記載していただくなどして、介護保険支給対象部分分かるようにしていただく必要があります。

※この振り分け表の合計額が、被保険者本人に交付しているメーカーの見積もり表と同額になっているか確認してください。