
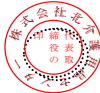


介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券）

フリガナ	カイゴ タロウ		保険者番号	記入例							7	
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0	1	2						9
			個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2
生年月日	明・大・昭 3 年 3 月 3 日		性別	男 ・ 女								
住所	〒 530-8201 大阪市北区中之島 1-3-20		電話番号 △△-△△△△-△△△△									
福祉用具種目 (品目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入予定金額			購入予定日						
入浴補助用具 入浴用いす 楽々チェアー	OC製作所 (株)北介護用品センター		20,000円			平成〇〇年〇〇月〇〇日						
入浴補助用具 浴槽用手すり 安心ふち手すりII型	みおつくし工房 (株)北介護用品センター		20,000円			平成〇〇年〇〇月〇〇日						
			円			平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由	本人の状況や利用環境等をふまえて、当該福祉用具が 必要な理由を記載してください。											
<p>大阪市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、その請求及び受領を下記の者に委任します。</p> <p>別添見積書のとおり特定福祉用具を購入すること、変更のある場合は新たに支給申請を行うことを誓約します。</p> <p>なお、大阪市が保険給付の適正な執行について調査を行う場合には、申請書類、請求書類の提供及び履行確認に協力することに同意します。</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>申請者 住所 大阪市北区中之島 1-3-20</p> <p>氏名・印 介護 太郎  電話番号 △△-△△△△-△△△△</p>												
<p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>受領者 住所 大阪市北区扇町 2-1-7</p> <p>事業所名 株式会社 北介護用品センター</p> <p>代表者氏名 印 北 花子  電話番号 ××-××××-××××</p>												

注意

- この申請書には、見積書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
- 事業所等が提出する場合は、委任状が必要です。

※本市から「福祉用具購入費給付費券」が到着してから納品してください。

本人確認 個人番号カード 免許証等 その他 ()

決 裁 欄	担当課長	課長代理	担当係長	係員	入 力