

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ			保険者番号	2	7	1	0	0	7
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女			
住所	〒								
			電話番号						
福祉用具名 (種目名及び品目名)	製造事業者名及び 販売事業所名		購入金額		購入日				
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
福祉用具が 必要な理由									
<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ます。 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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>									

- 注意
- この申請書に、領収書及び見積書、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には、委任状が必要です。

市 記入欄

提出者		委任状		提出者の確認			入力日
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 家族・親族		提出方法					
<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 窓口					
<input type="checkbox"/> 事業所		<input type="checkbox"/> 郵送					
<input type="checkbox"/> 成年後見人							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
決裁欄	課長	課長代理	係長	係員		備考	