



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			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				
			円		平成 年 月 日				
			円		平成 年 月 日				
			円		平成 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、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 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名・印  電話番号</p>									
<p>平成 年 月 日</p> <p>受領者 住所</p> <p>事業所名</p> <p>代表者氏名 印  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