

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		2710007									
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 販売事業所名				購入予定金額				購入予定日			
						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													
大 阪 市 長 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。 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。 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名・印 電話番号													
令和 年 月 日 受領者 住所 事業所名 代表者氏名 印 電話番号													

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
						