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	

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

住 所

申請者

氏名・印　　電話番号

注意　・この申請書に、領収書及び見積書、福祉用具のパン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。

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