

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	271007	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	個人番号		
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					
<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>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号</p>					
<p>令和 年 月 日</p> <p>受領者 住所 事業所名 代表者氏名 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。

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